Harvard University

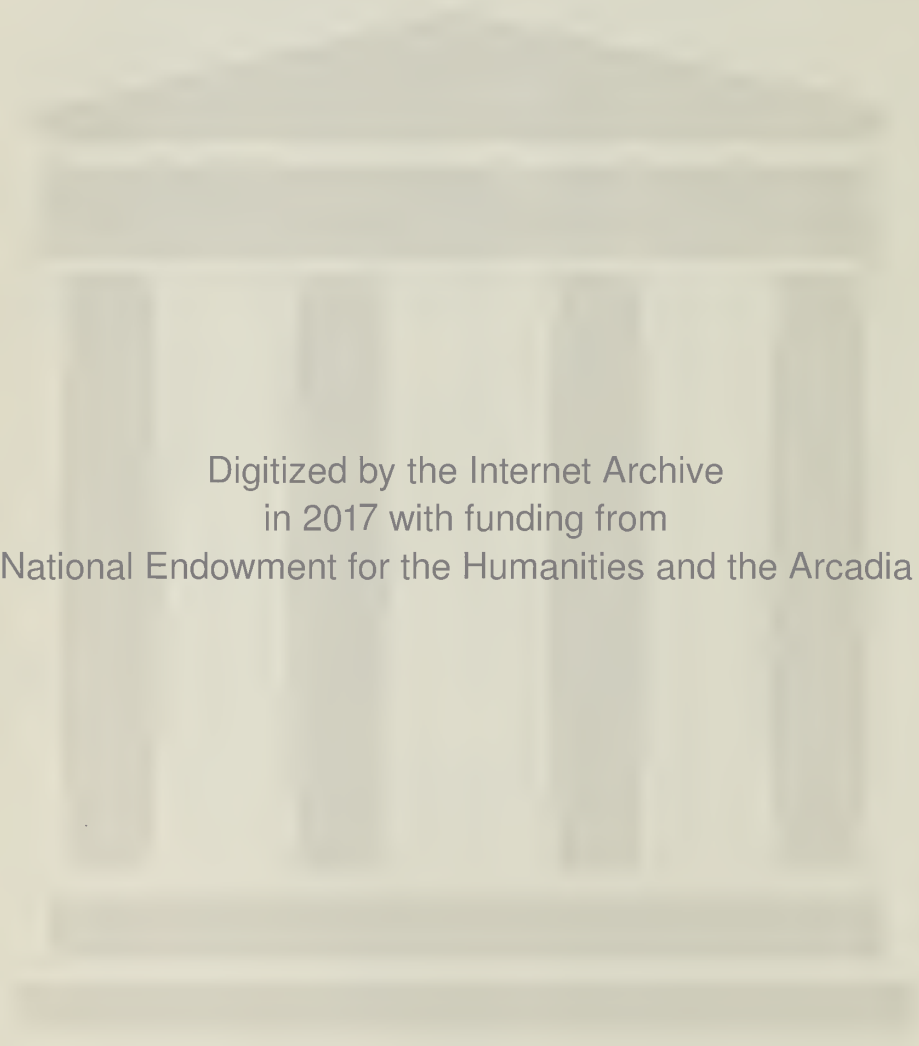
Library of

The Medical School

and

The School of Public Health





Digitized by the Internet Archive
in 2017 with funding from
The National Endowment for the Humanities and the Arcadia Fund

https://archive.org/details/boletindelaasoci3719asoc

BOLETIN

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

VOL. XXXVII

ENERO — DICIEMBRE 1945

SAN JUAN
IMPRENTA VENEZUELA
1945

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOL OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY
S41

LISTA DE COLABORADORES AL VOLUMEN XXXVII DEL BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

AGUAYO, ROBERTO J., Santurce, P. R.
AMADEO, JOSE A., Aibonito, P. R.
ARANA SOTO, SALVADOR, San Juan, P. R.
ARBONA, GUILLERMO, San Juan, P. R.
ASTOR, MANUEL A., Santurce, P. R.
BACHMAN, ALOIS, Buenos Aires, R. A.
BALASQUIDE, LORENZO A., Ponce, P. R.
BIRD, JORGE, Santurce, P. R.
BUSQUETS, SALVADOR C., Fajardo, P. R.
CASTRO DE GONZALEZ, PROVIDENCIA, Santurce, P. R.
COLON, JULIO E., San Juan, P. R.
COSTA MANDRY, OSCAR, Santurce, P. R.
CURBELO, PABLO G., San Juan, P. R.
FERNANDEZ FUSTER, MANUEL, Santurce, P. R.
FERNANDEZ MARCHANTE, R. Santurce, P. R.
FERRAIUOLI, E. BLAS, Santurce, P. R.
GARCIA BIRD, JORGE, Santurce, P. R.
GIL, RAFAEL A., Santurce, P. R.
GONZALEZ, LUIS M., San Juan, P. R.

GUZMAN JR., MANUEL, Santurce, P. R.
KREISS PRATT, CAROLINE, San Juan, P. R.
LUTZ, RAYMOND, J., New York, N. Y.
MARTINEZ ERNESTO C., Bayamón, P. R.
MARTINEZ RIVERA, E., Río Piedras, P. R.
MONTESTRUC, ETIENNE, La Martinica
MOORE, CHARLES B., Mayagüez, P. R.
MORALES, LUIS M., San Juan, P. R.
MORALES OTERO, PABLO, San Juan, P. R.
MUÑOZ MacCORMICK, C. E., Santurce, P. R.
OLIVERAS GUERRA, A., Santurce, P. R.
PASSALACQUA LUIS A., Ponce, P. R.
PEREZ, EDUARDO R., Guayama, P. R.
PILA, MANUEL de la, Ponce, P. R.
READ, HECTOR, Ciudad Trujillo, R. D.
RODRIGUEZ OLLEROS, A., Santurce, P. R.
RODRIGUEZ PASTOR, J., Santurce, P. R.
SUAREZ, RAMON M., Santurce, P. R.
SUSONI, ANTONIO H., Arecibo, P. R.

SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC
LIBRARY.

AÑO XXXVII ENERO, 1945 NUMERO 1

APR 12 1945

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

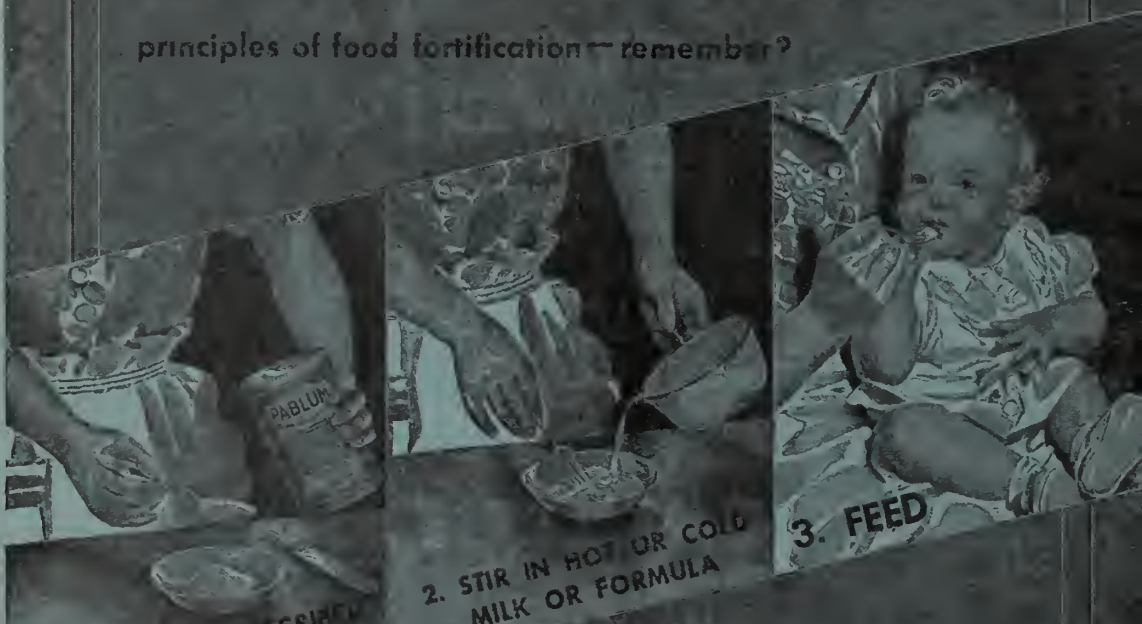
ORGANO OFICIAL

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY.
APR 12 1945



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Remember in 1932 we brought out Pablum? A new concept of cereal nutrition, easy of preparation, non-wasteful, fore-runner of present-day widely practised principles of food fortification — remember?



Now we have gone a step further in Pabena, similar in nutritional and convenient features to its father-product, Pablum, different in flavor because of its oatmeal base. If our pioneer work and ethical conduct meet with your approbation, remember, please, to specify Pablum and Pabena.

Mead Johnson & Company, Evansville, Indiana, U.S.A.

P. O. Box 3081 — San Juan, P. R.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

SUMARIO

Página

Dislocación Recurrente del Hombro Tratados por la Técnica de Nicola con Algunas Modificaciones, Antonio H. Susoni, M. D., Arecibo, P. R. ---- 1

Thiouracil in the Treatment of Thyrotoxicosis, Ernesto C. Martínez, M. D., Santurce, P. R. ---- 7

Experience with Anesthesia un Urological Surgery at the Bayamón Charity District Hospital, Pablo G. Curbelo, M. D., San Juan, P. R. ---- 10

Informe del Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, C. E. Muñoz MacCormick, M. D. ---- 14

Consideraciones Generales en Torno al Ejercicio de la Profesión de Practicante en Puerto Rico, C. E. Muñoz MacCormick, M. D. ---- 34

Presidente Asociación Médica Aclara Manifestaciones del Senador Ortiz Stella ---- 37

Fe de Errata ---- 39

NOTICIAS MEDICOS-SOCIALES

Nota Necrológica ---- 40

Asociación Médica del Distrito de San Juan ---- 41

Cursillo Postgraduado ---- 41

Asociación de Salud Pública de P. R. ---- 41

Distinguido visitante ---- 42

Personales ---- 42

Noticias Médicas del Extranjero ---- 43

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

(Publicación Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico)

Avenida Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, Puerto Rico

DR. E. MARTINEZ RIVERA
Editor y Administrador

Editores Asociados

DR. L. A. BALASQUIDE
DR. A. M. MARCHAND
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. J. RAMOS MIMOSO
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. J. H. FONT
DR. L. A. PASSALACQUA
DR. GUILLERMO CARRERA

El BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO es el órgano oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico. Se publica el día último de cada mes, constando cada volumen de 12 ediciones.

Los trabajos originales deben ser enviados al Editor-en-Jefe, Apartado de Correos 3866, Santurce 29, Puerto Rico, o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); año; volumen y página. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Si el artículo viene acompañado de ilustraciones, debe indicarse en el texto el sitio donde se desea que sean éstas intercaladas. Al dorso de cada ilustración debe hacerse constar claramente el título que deberá acompañarla.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Editor-en-Jefe.

Información en relación con anuncios será suplida a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio estará sujeto a la aprobación del Editor-en-Jefe.

Tres Dólares Suscripción Anual

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Puerto Rico under the act of August 24, 1912.

ORETON

The male climacteric may be expressed in a variety of related or seemingly unrelated symptoms... constitutional, vasomotor, genitourinary and cardiovascular, predominating. Basic replacement therapy with the ORETON preparations of male sex hormone, testosterone and methyl testosterone, provides effective treatment with gratifying relief of distressing symptoms.

ORETON AMPULES



(Testosterone propionate) — 5 mg., 10 mg. and 25 mg.

ORETON·M TABLETS

(Methyl testosterone) — Tablets of 10 mg.

ORETON·M OINTMENT



(Methyl testosterone) — Tube of 50 grams, 2 mg. hormone per gram.

SCHERING CORPORATION · BLOOMFIELD · N. J.

MAINTAIN THE OFFENSIVE—BUY WAR BONDS

Distribuidor: CESAR CASTILLO, Tetuán 10, San Juan, P. R.



¡ALCOHOLISMO!

UN PROBLEMA PERPLEJO

PORQUE le da al paciente una tregua misericordiosa a su sed insaciable y obcecación por el alcohol, el Sulfato de Benzedrina ha probado ser un auxilio sobresaliente en el perplejo problema del alcoholismo crónico.

Después de haber usado el Sulfato de Benzedrina durante 3½ años en una serie clínica de 56 casos de alcohólicos crónicos, el Dr. Bloomberg afirma: "el Sulfato de Benzedrina combate muy eficazmente la depresión y el malestar general . . . su uso hace innecesario la hospitalización del paciente . . . sus efectos benéficos son inmediatos y perceptibles . . . ."

A su petición le enviaremos directamente literatura, posología y muestras sobre este producto.

En el "Journal of the America Medical Association," el Dr. M. M. Miller dice: "esta droga parece disipar la apatía y la depresión . . . produce aumento del interés y bienestar . . . aumenta la facultad para la concentración . . ."

TABLETAS DE SULFATO DE BENZEDRINA

SKF 1841 1944

LABORATORIOS SMITH, KLINE & FRENCH
FILADELFIA, PA., E. U. A.

MAS DE 100 AÑOS SIRVIENDO A LA PROFESION MEDICA



Productos Químicos de la Mejor Calidad Para Uso Médico e Industrial Desde 1818

Desde hace más de 125 años, MERCK & Co., Inc., como sus predecesores, constituyen una firma de reconocido prestigio como fabricantes de productos químicos de la mejor calidad en la industria química americana. Hoy, los médicos, farmacéuticos, químicos y manufactureros de Hispano América pueden obtener, a través de las fuentes ordinarias de abastecimiento, estos productos químicos de superior calidad, marca MERCK, destinados al empleo médico, analítico e industrial.

Tanto la penicilina como las sulfamidas, los agentes antipalúdicos, anestésicos, arsenicales y muchos otros productos de aplicación en medicina y nutrición se están produciendo ahora a un volumen cada vez más creciente, a fin de exportarlos a miles de clientes a los cuales tenemos el placer de servir.

Entre las muchas razones por las que los productos MERCK son calificados de *entera confianza,* podemos citar: investigación científica rigurosa; empleo de los aparatos y métodos más modernos para la elaboración; minucioso control analítico durante el proceso de la producción: desde las materias primas hasta el producto final.

Si desea alguna información escríbanos, seguro de que le serviremos con sumo agrado. A pedido, remitimos lista de precios.

MERCK & Co., Inc.

QUIMICOS · MANUFACTUREROS

Rahway, New Jersey, Estados Unidos de América

AQUÍ ESTÁ LA RECETA PARA ÉL, DOCTOR



● La selección de los cereales que integran los ALIMENTOS DE CEREALES CLAPP'S PARA NIÑOS se basa en consejos dados por médicos especialistas... y en las recomendaciones hechas por las madres de familia.

Esa es la ventaja sobresaliente de los ALIMENTOS DE CEREALES CLAPP'S PARA NIÑOS, pero hay otras:

1. Estos alimentos los elabora la fábrica más antigua dedicada a esta especialidad.

2. CLAPP'S se dedica exclusivamente a fabricar alimentos para niños.

3. Los ALIMENTOS DE CEREALES CLAPP'S PARA NIÑOS contienen cuantas vitaminas y minerales requiere el nene para su salud y desarrollo.

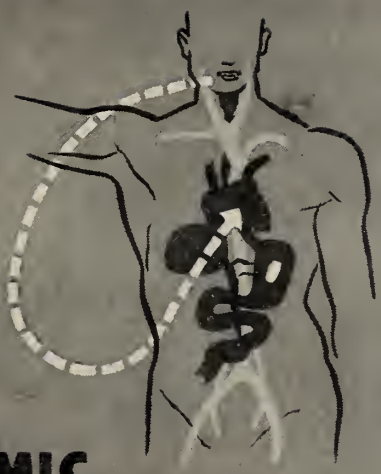
4. Los ALIMENTOS DE CEREALES CLAPP'S PARA NIÑOS han sido aceptados oficialmente por el Consejo de Alimentación y Nutrición de la Asociación Médica Americana.

ACCEPTED
AMERICAN
MEDICAL
ASSN

CLAPP'S

EL PRIMER FABRICANTE DE ALIMENTOS EXCLUSIVAMENTE PARA NIÑOS

Distribuidor para Puerto Rico: FRANCISCO N. CASTAGNET
Tanca 1, San Juan, P. R.



INTESTINAL ABSORPTION
Long route through portal system to general circulation

ECONOMIC ANDROGENIC EFFECTS



PERLINGUAL ABSORPTION
Direct from sublingual vessels to systemic circulation



WITH SMALLER DOSES

Metandren Linguets, especially designed for perlingual absorption, permit more complete utilization by side-tracking the liver where partial inactivation of methyltestosterone is known to take place. Dosage requirements are ½ to ⅔ those necessary to produce the same results when methyltestosterone is ingested.

METANDREN LINGUETS*

*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off. Ciba's trade name for wafers of methyltestosterone.

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC. • Summit, New Jersey

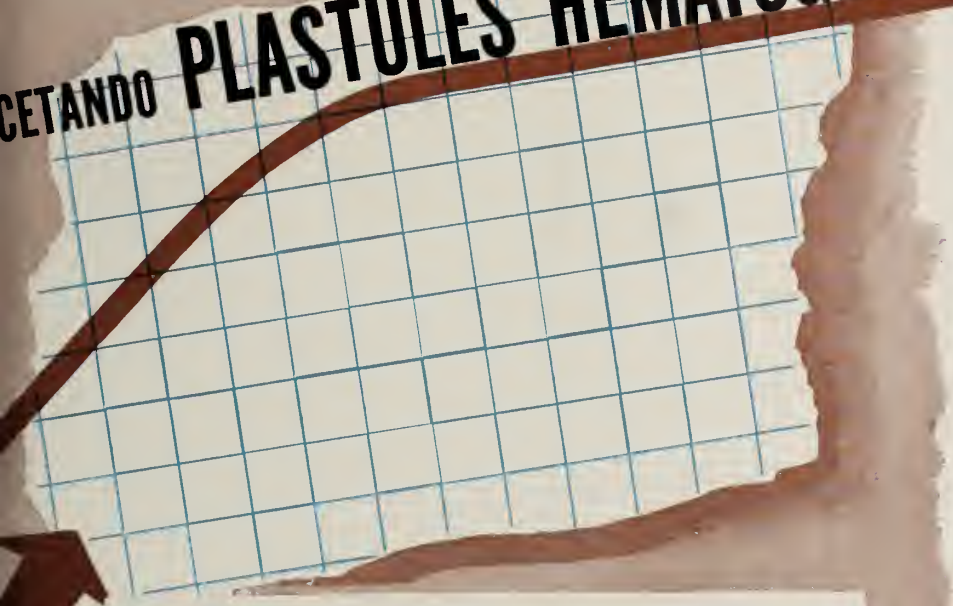
Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc. Salvador Brau 70, San Juan 17, P. R.



Agente: RAFAEL A. VILLAMIL, Apartado 530, San Juan, P. R.

Mantenga un Nivel Óptimo de Hemoglobina

ACETANDO PLASTULES HEMATOGENAS



"Para mantener un nivel normal de los glóbulos rojos de la sangre, debe tener lugar diariamente la formación de aproximadamente 1 billón de hematíes, con un contenido total de 19.44 gramos de hemoglobina."[1]

Las PLASTULES HEMATOGENAS—envasadas en forma conveniente para su dosificación—le proporcionan el medio económico y moderno de proveer adecuadamente esta demanda tremenda de hierro medicinal.

Las PLASTULES HEMATOGENAS suministran sulfato ferroso en pequeñas cápsulas de gelatina blandas y solubles.

En anemias hipocrómicas, tales como las causadas por hemorragias crónicas, embarazo, menstruación, infecciones y deficiencias de la nutrición, las PLASTULES HEMATOGENAS producen una regeneración de la hemoglobina que suele ser muy rápida.

Pueden obtenerse dos tipos de PLASTULES HEMATOGENAS *Simples o con Concentrado de Hígado en envases de 50 Plástules*

1. Haden, R.L. "The Specific Treatment of Anemia with Iron and Liver," Illinois Medical Journal, pág. 41, Enero 1941.

, E. U. A.

JOHN WYETH & BROTHER · INCORPORATED

Fabricantes de Productos Farmacéuticos de Alta Calidad Desde 1860

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

CHICAGO CLEVELAND JERSEY CITY DURBAN LONDRES SYDNEY BUENOS AIRES

POR QUE las PLASTULES HEMATOGENAS



contienen HIERRO *en estado* FERROSO

Los hematólogos están de acuerdo en el hecho de que el hierro puede ser absorbido en el conducto intestinal sólo cuando se encuentra en estado ionizado. Sólo aquella fracción del hierro ingerido que sufre un proceso de ionización en el medio ácido de las secreciones gástricas, puede ser absorbido después.

Existen motivos para creer que el hierro es absorbido por la sangre, en gran parte si no exclusivamente, en estado ferroso. Sólo aquella fracción del hierro en estado férrico que es reducido al estado ferroso puede ser absorbido.

El hierro contenido en las PLASTULES HEMATOGENAS está en estado ferroso, es decir, en disposición de ser absorbido inmediatamente y convertido a hemoglobina. Para proteger este estado ferroso contra la oxidación, cada Plástula consiste de una cápsula de gelatina blanda y soluble, cerrada herméticamente.

El hecho de que el hierro suministrado por las PLASTULES HEMATOGENAS esté ya en forma de sulfato ferroso explica el por qué una dosis diaria de sólo 3 PLASTULES HEMATOGENAS frecuentemente produce una elevación de 1% diario en el nivel hemoglobínico de pacientes anémicos.

Cada PLASTULE HEMATOGENA Simple contiene 33.3 centigramos de sulfato ferroso y 5 centigramos de concentrado de levadura.

Cada PLASTULE HEMATOGENA con Concentrado de Hígado contiene 1[illegible] centigramos de sulfato ferroso, 17 centigramos de concentrado de hígado (derivado de 339.5 centigramos de hígado crudo) y 5 centigramos de concentrado de levadura.

WFN 9-

JOHN WYETH & BROTHER · INCORPORATED

Fabricantes de Productos Farmacéuticos de Alta Calidad Desde 1860

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

CHICAGO CLEVELAND JERSEY CITY DURBAN LONDRES SYDNEY BUENOS AIRES



La Deficiencia de Vitaminas No Constituia Problema...

Para el médico que cuidaba del bienestar de nuestros hidalgos antepasados, la deficiencia de vitaminas no constituía problema. Contaban con abundancia de alimentos simples...alimentos que contenían cantidades amplias de todas las vitaminas esenciales . . . y comían con avidez. Hoy, la refinación y preservación han creado un serio problema de vitaminas, y la mejor manera de corregirlo es mediante el uso de preparaciones con vitaminas derivadas de fuentes naturales.

El ELIXIR GALEN "B" FORTIFICADO asegura a vuestros pacientes una medicación completa con el Complexo de la Vitamina B. Este producto se deriva del salvado del arroz, y contiene adición suficiente de tiamino y riboflavin para su eficacia en las deficiencias agudas de dichos factores.

Al prescribir el Elixir Galen "B" Fortificado, puede Usted quedar del todo seguro de la eficacia del producto, y de que sus pacientes reciben las vitaminas que ha determinado administrarles.

Galen Company

Elixir Galen "B" Fortificado*

2144 Fourth Street, Berkeley, California, E. U. A.

*Marca de Fabrica Registrada, 1943, Galen Company, Berkeley, California, E. U. A.

Distribuidor: RODOLFO BERNAL, San Juan, P. R.

LAS FARMACIAS
"BLANCO"

DE

SAN JUAN Y SANTURCE

Se complacen en ofrecer sus servicios profesionales a la distinguida e ilustrada clase médica de Puerto Rico, recordándoles su larga práctica profesional ajustada a las más estrictas reglas de Etica.

Se suplica, además, a los señores médicos ejercer su crítica constructiva respecto a nuestros servicios para lo cual son invitados a inspeccionar estos establecimientos, siempre sujetos a mejoras.



PARA ALIVIAR LA CONGESTION NASAL

La acción fisiológica protectora de la solución isotónica (Solución de Locke modificada) añadida al efecto clásico de la efedrina constituye un medio de alta eficacia para aliviar las congestiones nasales en catarros, sinusitis, rinitis y corizas.

El 'Vaporole' Efedrina—Solución Isotónica (acuosa) al contrario de lo que ocurre con las preparaciones oleosas y ciertos antisépticos, no paraliza ni inhibe la motilidad de los cilios de la mucosa nasal.

El 'Vaporole' Efedrina—Solución Isotónica (acuosa) no tiene acción irritante o cáustica, lo que hace de él un medicamento de extraordinario valor.

Contiene 1% de efedrina en una solución isotónica de los cloruros de sodio, potasio y calcio, con la adición de dextrosa (Solución de Locke modificada). Un producto fabricado según los conceptos farmacológicos más recientes.

Posición lateral y baja de la cabeza, según Parkinson, y recomendada en la medicación nasal.

Frascos de 29.57 c.c. y 473.16 c.c.



MARCA **'VAPOROLE'** REGISTRADA

EFEDRINA-SOLUCION ISOTONICA

(ACUOSA)

para aliviar las congestiones nasales—en
Catarros . . Sinusitis . . . Rinitis . . . Corizas

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

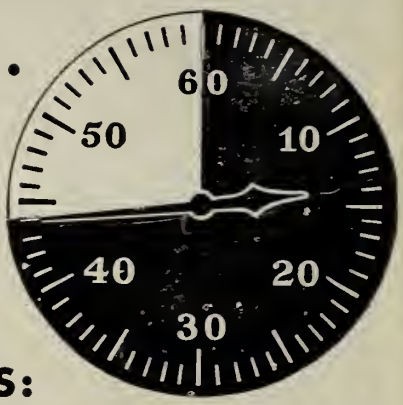
Agente: RAFAEL A. VILLAMIL, Apartado 530, San Juan, P. R.

JUSTO 44 SEGUNDOS...

Y ESTA HECHO EL ANALISIS DE AZUCAR EN LA ORINA!

El nuevo método

CLINITEST



REQUIERE TRES SENCILLOS PASOS:



1 5 gotas de orina *más* 10 de agua.

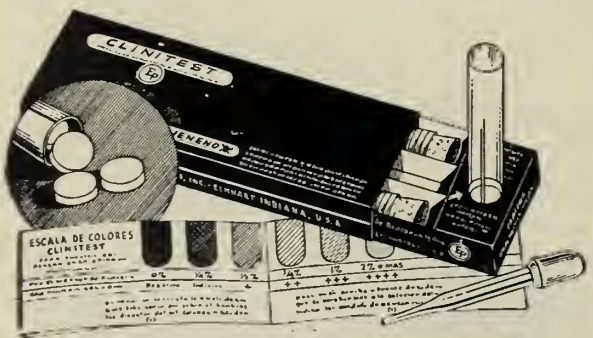


2 Se echa la tableta.



3 Se espera la reacción y se compara con la escala de colores.

Clinitest es el nuevo método, rápido, sencillo y económico, para determinar la proporción de azúcar en la orina. Está basado en una modificación de la conocida reacción de Benedict y conserva la progresión de los colores universalmente aceptada desde el azul hasta el verde y el anaranjado, indicativa de la presencia de azúcar en la orina en las proporciones de 0%, ¼%, ½%, ¾%, 1% y 2% o más.



Los juegos Clinitest se venden a precio muy módico, resultando en apreciable economía para cuantos necesitan recurrir a esta clase de análisis.

•

Hay juegos Clinitest de 50 tabletas y juegos de repuesto de 75 tabletas.

AMES COMPANY, INC.

DEBER EN LA NOCHE



Manteniendo un calor continuo, la curación húmeda de NUMOTIZINE simplifica el problema del calor externo durante la noche.

En el tratamiento local de inflamaciones superficiales, tales como furunculosis, torceduras, tonsilitis y afecciones ligeras del árbol respiratorio, la acción analgésica y descongestiva de NUMOTIZINE surte sus efectos, sin la pérdida de tiempo, que ocaciona el calentamiento y cambio de curaciones en intervalos frecuentes.

NUMOTIZINE

Analgésico, descongestivo, mitigante

Suministrado en tarros de cristal de 57, 114, 228, 425 y 850 gramos.

NUMOTIZINE, INC., 900 NORTH FRANKLIN ST., CHICAGO 10, ILLINOIS, E. U. de A.







Agente y Distribuidor exclusivo para Puerto Rico:
FRANCISCO N. CASTAGNET
Tanca 1, San Juan, P. R.

ANEMIA POR DEFICIENCIA

CAPSULAS HEMONUTRIN

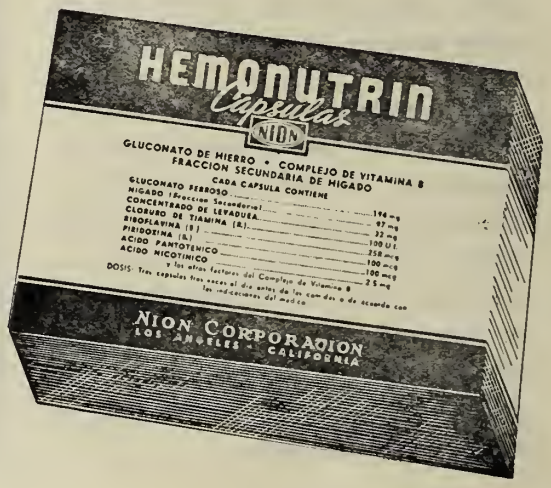
Para un aumento óptimo de la hemoglobina

HIERRO

EN FORMA DE GLUCONATO

COMPLEJO B

HIGADO



COMPOSICION:	Cada Cápsula	Dosis Diaria (9 Cápsulas)
GLUCONATO FERROSO	194 mg.	1750 mg.
EXTRACTO DE HIGADO (Fracción Secundaria)	97 mg.	875 mg.
CONCENTRADO DE LEVADURA	32 mg.	292 mg.
CLORURO DE TIAMINA (B^1)	100 U.I.	900 U.I.
RIBOFLAVINA (B^2)	250 mcg.	2250 mcg.
PIRIDOXINA (B^6)	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO PANTOTENICO	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO NICOTINICO	2.5 mg.	22.5 mg.

Más el Complejo B entero contenido en el hígado y en la levadura.

Muestras clínicas y literatura se encuentran a la disposición de la profesión médica a solicitud.

Exclusive Representative:

JOAQUIN BELENDEZ SOLA

56 Tetuán St. - P.O. Box 1188

San Juan 6, Puerto Rico

NION CORPORATION

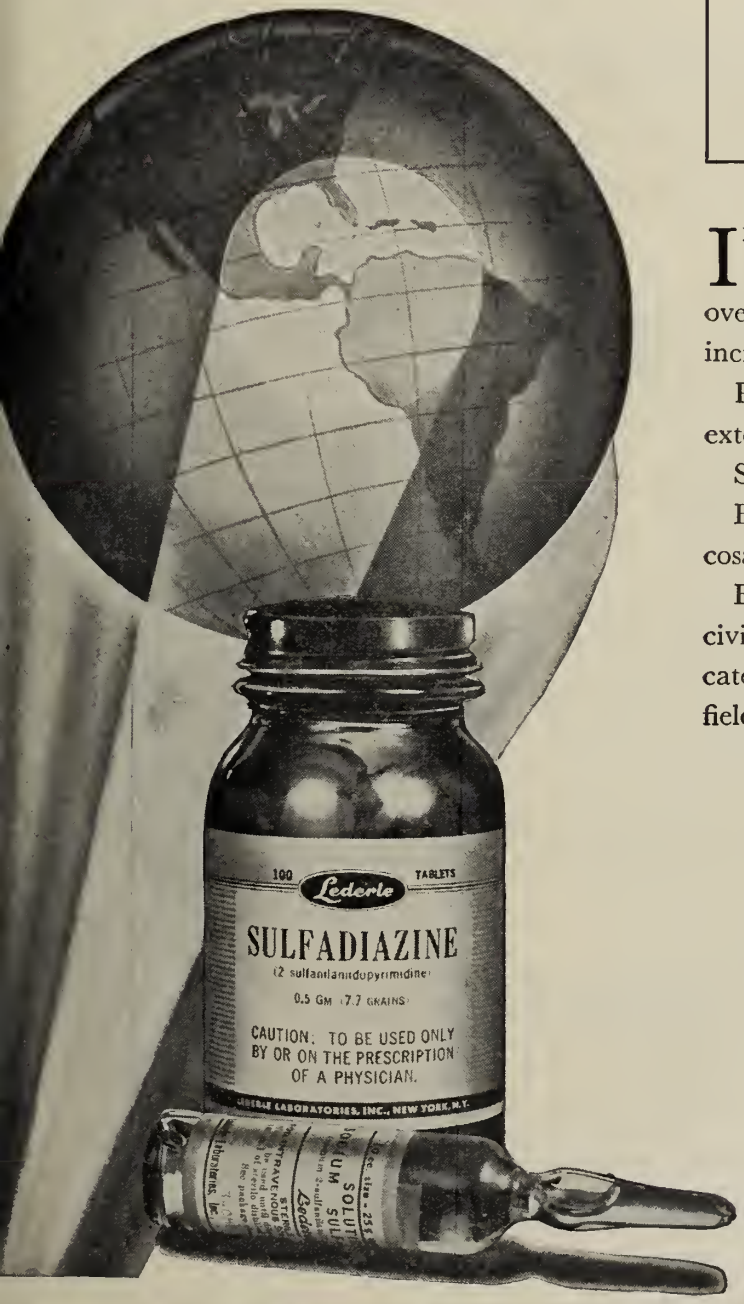
LOS ANGELES NION CALIFORNIA

Bacillary dysentery—

a new conquest for

SULFADIAZINE

Lederle



IN THE CONTROL of acute bacillary dysentery, SULFADIAZINE presents certain advantages over the other sulfonamides that have gained increasing recognition.

Prolonged high blood levels tend to prevent extension of the infection.

Secretions in the gut become bacteriostatic.

Bacterial growth within the intestinal mucosa tends to be inhibited.

Extensive clinical experience in military and civilian practice supports these views and indicates increasing use of SULFADIAZINE in this field.

REFERENCES:

HARDY, A. V.; BURNS, W. and DE CAPITO, T.: Pub. Health Rep. 58: 689 (Apr. 30) 1943.

HARDY, A. V. and CUMMINS, S. D.: Pub. Health Rep. 58: 693 (Apr. 30) 1943.

HALL, W. W.: Am. Drug Mfgrs. Assoc., Annual Convention, Scientific Sec., Hot Springs, Va., May 1, 1944.

Annual Reports, U. S. Pub. Health Service, 1942-43, p. 122.

PACKAGES:

Sulfadiazine Tablets, 0.5 Gm. (7.7 grains) each (grooved) Bottles of 50, 100, 1000, 5000 and 10,000 tablets.

Solution Sodium Sulfadiazine (sodium 2-sulfanilamidopyrimidine) 25% w/v solution.

Packages of 6, 25, 100 ampuls, 10 cc. each.

Specify Lederle

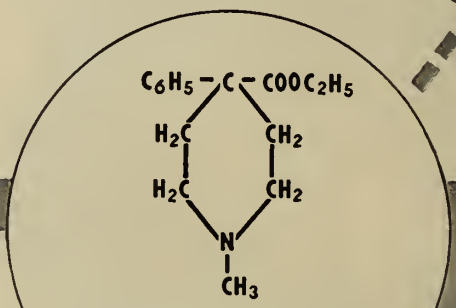
LEDERLE LABORATORIES INC.

A UNIT OF AMERICAN CYANAMID COMPANY

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20 NEW YORK

ANALGESIC
SPASMOLYTIC
SEDATIVE

For Oral and Intramuscular Administration



ethyl 1-methyl-4-phenyl-piperidine-4-carboxylate hydrochloride

Demerol hydrochloride

THE analgesic effect appears to be between that of morphine and codeine, and it persists for from three to six hours.

Demerol has many indications in medicine, surgery and obstetrics.

Before prescribing, physicians should read carefully the booklet on Demerol hydrochloride (sent free on request). Please mark prescriptions: "Do not refill."

Supplied for oral use, tablets of 50 mg.; for injection, vials of 30 cc. (50 mg. in each 1 cc.) and ampuls of 2 cc. (100 mg.).

WINTHROP

Demerol

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

HYDROCHLORIDE

Brand of MEPERIDINE HYDROCHLORIDE

Winthrop Chemical Company, Inc.

Pharmaceuticals of merit for the physician • NEW YORK 13, N. Y. • WINDSOR, ONT.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC., 77 Allen St., San Juan, P. R.

OLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

Publicado mensualmente bajo la dirección de la Junta Editora

Año XXXVII | ENERO 1945 | Número 1

DISLOCACION RECURRENTE DEL HOMBRO TRATADOS POR LA TECNICA DE NICOLA CON ALGUNAS MODIFICACIONES*

Capt. Antonio H. Susoni, M.C. U.S.A.
(Jefe del Depto. de Cirugía - Hospital Campamento Tortuguero)

La dislocación recurrente del hombro n accidente bastante raro. La mayor e de las veces ocurre en los atletas y pticos.[1]

Casi siempre es consecuencia a una a violenta con el hombro un poco ex- ido hacia atrás ligeramente en ab- ión y en rotación externa, de mane- ne cuando se cae en esa forma al sue- l impacto empuja la cabeza del hú- hacia adelante contra el borde an- r de la cavidad glenoidea.[2]

n el sitio donde la cabeza humeral mente choca o emerge de dicha cavi- se encuentra un punto débil de la la articular en donde ésta no está zada por músculo alguno.[3] Este pun- encuentra situado entre la inserción úsculo biceps arriba y el músculo in- capular abajo. En estos casos la re- ón es sumamente fácil a tal punto a mayor parte de las veces los mismos ites la reducen con un simple mo- nto de rotación del brazo ó empu- directamente la cabeza humeral ha- rás y ligeramente hacia abajo.

. dislocación recurrente del hombro mpre una luxación sub-coracoidea, y cuando sucede por vez primera se puede decir que ésta constituye un heraldo a nuevas dislocaciones. Lo contrario sucede cuando la cabeza humeral se desplaza hacia abajo ó hacia atrás[4] y es por regla general un accidente único.

"Patologia de la Dislocación"

Dice Watson Jones, que las lesiones características y esenciales en estos casos están representadas por la lesión del ligamento fibro-cartilaginoso de la glenoidea ó Labrum y por la lesión que presenta la cabeza humeral. Estas lesiones pasaron inadvertidas por muchos años. La primera, porque es necesario hacer una incisión especial para poderla encontrar; y la segunda, porque es necesario tomar proyecciones radiográficas en posición especial también.

El ligamento fibro-cartilaginoso glenoideo tiene forma triangular. Su base está en contacto con el reborde de la fosa glenoidea y sujeto a ésta por fuertes ligamentos fibrosos. Su cara externa está adherida íntimamente a la cápsula articular y por su aspecto interno en contacto con la cabeza del húmero.

La lesión esencial de la cápsula es el desprendimiento de la base del ligamento

---

lo durante la cuadragésima-primera asam- anual de la Asociación Médica de Puerto), diciembre 17, 1944.

fibro-cartilaginoso, de la parte anterior del reborde de la cavidad glenoidea, llevándose consigo parte de la cápsula, así como el ligamento gleno-humeral.[5]

La lesión de la cabeza humeral se caracteriza por una excavación de su parte póstero-lateral que puede llegar a interesar una tercera parte de la misma.[6-7-8]

Watson Jones alega que ambas lesiones se establecen simultáneamente por el hecho de que hay perfecta adaptación entre ambos defectos.

Para ver la lesión humeral en una radiografía es necesario que sea tomada con el húmero en completa rotación interna. La lesión articular puede verse si se hace una incisión vertical a media pulgada (½") del margen anterior de la fosa glenoidea, separando luego las fibras de los músculos Pectoral y Deltoideo. Entonces se puede notar una erosión de la parte anterior de la glenoidea y una pequeña brecha establecida en la cápsula articular, que por lo general es insuficiente para admitir la cabeza del húmero, lo que explica por qué no hay en la mayor parte de los casos gran desplazamiento de éstos, como también explica la facilidad de su reducción.

"Tratamiento de la Dislocación Recurrente del Hombro"

Se ha descrito un sinnúmero de procedimientos quirúrgicos para corregir estas dislocaciones. En una época tenían casi todos por resultado un fracaso en un por ciento alto, a tal punto que la artródesis era prácticamente el único recurso que se tenía para evitar las recidivas. Este método, desde luego, era demasiado radical para poder ser aceptado, y se optó emplearlo solamente cuando la recurrencia se acompañaba de dolores ó de limitación excesiva de los movimientos del hombro.

Hay cinco tipos de operaciones:[9]

Unos, haciendo uso de ligamentos accesorios por trasplantes libres; otros, usando procedimientos plásticos en la cápsula; otros, representados por diferentes tipos de cápsulorrafias; otros, por trasplante de huesos y por último, el método de la artródesis.

En la publicación del trigésimonoveno Congreso de los Progresos en Cirugía Ortopédica aparece una nota del Editor expresando la opinión general en cuanto al criterio formado relativo al tratamiento de la dislocación recurrente del hombro. Dice que éste debe estar basado en simplicidad y en seguridad y dá su preferencia a la técnica de Henderson y a la de Nicola sobre más de ciento cincuenta clases de operaciones. Sin embargo, últimamente han habido autores que le dan preferencia a la técnica de Banckart, que corresponde al tiempo de capsulorrafias, por ser ésta la única entre todas las operaciones que repara la lesión esencial de la dislocación, ó sea, el desprendimiento del ligamento fibro-cartilaginoso, pero ésta es una técnica más complicada y difícil, lo cual representa un obstáculo para que el Cirujano no especializado la pueda realizar con suficiente garantía de éxito.

Como éste no es un estudio comparativo de diferentes técnicas quirúrgicas, sino la experiencia propia del autor en un cierto número de casos tratados por la técnica de Nicola, no describiremos ninguna otra.

"Técnica de Nicola de acuerdo como la describe Campbell es como sigue:—

Se hace una incisión comenzando en la clavícula un poco por encima del proceso coracoideo. Se prolonga hacia abajo a lo largo del borde anterior del músculo del-

ideo en una extensión de más ó menos
atro pulgadas. Las fibras superiores y
teriores del deltoide son seccionadas en
inserción clavicular, y el músculo se
ae hacia afuera. El pectoral mayor y la
na cefálica son retraídas hacia adentro.
ligamento humeral transverso, el cual
tiene en el surco bicipital al tendón lar-
del biceps, se secciona, a lo largo de sus
ras. Luego se remueve la vaina sino-
l de la porción distal del tendón secció-
do. El tendón se libera de dicho surco
sta su inserción supraglenoidea. Dos
uras de retención se pasan en el tendón
biceps a un cuarto de pulgada de dis-
cia la una de la otra y como a una pul-
la por debajo del ligamento transver-
seccionándose entonces el tendón en-
las dos suturas. Después se hace un
icio de un cuarto de pulgada de diáme-
a través de la cabeza humeral inme-
amente debajo del ligamento transver-
al centro de la superficie articular del
nero. Se pasa un estilete maleable a
rés de dicho túnel de abajo para arriba.
ata la porción próxima del tendón al
cionado instrumento y se hace pasar-
or dicho túnel. Entonces se suturan
as porciones del biceps, la una con la
. Al terminar ésto se sutura el ten-
al ligamento transverso.

A esta técnica se le ha criticado que
cierta limitación en la abducción del
o en la mayor parte de los casos. Ni-
recomienda, para evitarlo, que se tome
precaución siguiente:— Antes de sutu-
a porción próxima y distal del tendón
hacerse una abducción completa del
y entonces suturarlo. Hay autores
a pesar de observar dicha precaución
enido la limitación antes mencionada.
nguno de los casos que vamos a pre-
r tuvimos necesidad de hacerlo.
es dice, que por el método de Nicola
practicó dieciocho operaciones y que tuvo cinco recidivas, encontrando rupturas del tendón biceps en todos los casos, mientras que empleando el método de Banckart, tuvo treinticuatro casos operados sin ningún fracaso.

Nosotros le hemos hecho algunas modificaciones al método Nicola.

En primer lugar en ninguno de nuestros casos utilizamos de primera intención un barreno de un cuarto de pulgada, empleando antes uno de un dieciseis, luego de un octavo, y en último término el de un cuarto, por creer que es más fácil dirigir el barreno y con más seguridad y precisión, y segundo, porque en ésta forma creemos evitar que la superficie cartilaginosa de la cabeza humeral pueda agrietarse alrededor del orificio de emergencia de dicho barreno, evitando así la posibilidad de establecer una artritis traumática, que sin duda alguna tiene que traer consigo una limitación ulterior de los movimientos. En primer lugar por el traumatismo en sí, y luego porque el dolor ó inflamación secundaria a éste, obligaría al paciente a evitar los movimientos pasivos y especialmente los activos. Es sabido que lo ideal en todas las dislocaciones o fracturas es la movilización de la articulación en cuestión, lo antes posible para evitar así la futura limitación de sus movimientos ó anquilosis.

La segunda modificación que implantamos consistió en no denudar la porción próxima del tendón biceps de su vaina sinovial por temor que lo devitalizara, favoreciendo su ruptura ó elongación ulterior. Aún cuando Nicola, hasta donde sabemos, no explica las razones por las cuales aconseja hacer dicha denudación, es de suponerse que así lo hace para que dicho tendón se adhiera mejor al interior de la cabeza humeral y evitar así que ésta pueda

rodarse hacia abajo, cosa que no creemos posible porque la dislocación recurrente siempre es anterior ó sea infra-coracoidea.

De todos modos, con el fin de evitar esa posibilidad, optamos por sutura' ambos segmentos del tendón largo de biceps en forma de solapadura, de manera que dicha solapadura quedase lo más próxima posible al orificio de emergencia del segmento próximo del tendón. De esa manera el orificio hecho en el húmero no puede admitir ambas porciones, suturadas en forma látero-lateral.

En los últimos cuatro casos operados añadimos otra pequeña modificación.

En vez de barrenar en dirección al centro de la cabeza humeral lo hicimos en forma que resultase más superficial, con la intención de evitar la posible limitación de la abducción de la cual muchos autores se han quejado después de utilizar el procedimiento de Nicola. Si nos fijamos en la posición relativa de la cabeza humeral, y el punto de inserción del tendón biceps, podemos notar, que mientras más superficial se encuentre el orificio de entrada de la porción distal del tendón, es más fácil la abducción, y menos sería la tracción que ejerce dicha cabeza en él y creemos que ésto evita el estiramiento, así como la ruptura de dicho tendón en movimientos forzados de abducción. Por otro lado se facilita grandemente la operación y la perforación de la cabeza, con el barreno se realiza más fácilmente y además en todos los casos se puede ver el punto donde perfora el barreno en la parte cartilaginosa de la cabeza del húmero y por esa razón también evitamos el que el instrumento pueda lacerar la cápsula articular, lo que constituye un trauma innecesario y hasta peligroso.

Tampoco consideramos necesario el seccionar las fibras superiores y anteriores del músculo deltoideo en su inserción clavicular.

Un punto que debe tenerse en cuenta antes de suturar ambas porciones del tendón, es que debe uno cerciorarse de que la porción próxima del biceps no se doble dentro de la articulación, porque en ese caso resultaría el tendón muy largo y no ofrecería sujeción ninguna a la cabeza humeral, para evitar su recurrencia. Quizás ésto ha sido una de las causas de fracasos en algunos de los casos reportados. Mencionamos este hecho porque es fácil no darse cuenta, especialmente cuando el tendón ha pasado con dificultad a través del túnel humeral. Tuvimos esa experincia en un caso, pero afortunadamente nos dimos cuenta de ello antes de suturar la cápsula en el momento en que hicimos la succión intra-articular para remover cualquier partícula de cartílago o de coágulos que pudiese haberse alojado en la articulación.

En todos los casos implantamos dentro de la cavidad articular dos gramos de sulfanilamida en polvo por considerar que ésta es la que se absorbe mejor entre todas las sulfas.

INFORME DE CASOS

Primer caso:—

Soldado C. P. de 22 años de edad. Ingresó en el Hospital de Tortuguero el día 23 de agosto de 1943 con la siguiente historia del caso:—

Dos semanas antes de su ingreso, mientras boxeaba se le dislocó el hombro izquierdo reduciéndosele espontáneamente. El mismo día de su ingreso tuvo otra dislocación mientras luchaba con otro compañero reduciéndose dicha luxación espontáneamente. Después de eso, en el mismo hospital, se le dislocó varias veces.

Su examen físico general era normal.

El día 10 de septiembre de 1943 lo ope-amos por el método de Nicola con las va-iantes arriba mencionadas.

Este paciente permaneció durante dos emanas con el brazo inmovilizado por me-io de un vendaje Velpeau. Luego se em-ezaron a practicar los movimientos pasi-os. A los cuatro ó cinco días se le per-itieron los movimientos activos.

No se le dió tratamiento fisioterápico índole alguna.

Fué dado de alta el 7 de octubre de 43, ya recuperado prácticamente de to-s sus movimientos. De modo que éste c'ente fué dado de alta a los cuarenti-és días de operado.

gundo caso:—

U. T.: Soldado de 22 años de edad. gresó al Hospital de Tortuguero el día de octubre de 1943, alegando que al sperezarse se le dislocó el hombro iz-ierdo. En el Hospital le volvió a suce-: lo mismo en uno de los días que prece-ron a su operación. El día 22 del men-ndo mes fué operado. A los 15 días se removió el vendaje de inmovilización y envió a tratamiento fisioterápico, ha-ndo sido dado de alta el día 4 de enero de 1944 con recuperación total de todos sus movimientos.

Tercer caso:—

A. B. Cabo de 23 años de edad. Ingresó el 18 de octubre de 1943 en el Hospital de Tortuguero alegando que un año y medio antes y mientras estaba cargando cajas en un camión del Ejército se resbaló y cayó sobre el brazo derecho, sufriendo la dislocación. Después de eso tuvo un sinnúmero de dislocaciones. Fué operado el día 3 de noviembre de 1943 y dado de alta el 25 de enero de 1944.

A este paciente también se le dió tratamiento fisioterápico. Este paciente pudo jugar Baloncesto perfectamente bien, sin malestar de índole alguna.

Cuarto caso:—

R. M. Soldado—27 años de edad. Ingresó el 15 de noviembre de 1943 al Hospital de Tortuguero.

Alegó que tres años antes, mientras jugaba baseball al lanzar la bola, se le dislocó el brazo derecho. Después de eso sufrió unas cuantas dislocaciones en el mismo brazo y el cinco de noviembre, mientras lanzaba una granada, volvió a sufrir el mismo accidente.

Fué operado el día 19 de noviembre de 1943 y se le dió tratamiento fisioterápico. El 25 de enero de 1944 fué dado de alta con una ligera limitación de la abducción, recuperando pocas semanas después la amplitud total de todos los movimientos del hombro.

Quinto caso:—

C. P. Veterano de la presente guerra, de 31 años de edad. Fué licenciado de las Fuerzas Armadas de los Estados Unidos el día 7 de abril de 1943 por haber sufrido varias dislocaciones del hombro izquierdo.

Después de ser licenciado fué admitido en el Hospital Municipal de Arecibo por la misma razón.

El día 21 de octubre de 1943 ingresó en la Clínica Dr. Susoni de Arecibo por haberse repetido el mismo accidente. Fuí requerido por esa Institución para operarlo, lo cual se hizo el día 6 de diciembre de 1943, y fué dado de alta en febrero

21 de 1944, habiendo recuperado todos sus movimientos.

Sexto caso:—

Sargento S. R. De 28 años de edad. Fué ingresado en el Hospital de Tortuguero con la historia siguiente:

Que en 1943, mientras lanzaba una granada, se dislocó el hombro derecho. Después de este accidente la dislocación se le repitió con bastante frecuencia, al extremo de que podía dislocarse el hombro cada vez que él quería.

Fué sometido a la operación el día primero de septiembre de 1944 y dado de alta el día 18 de noviembre de 1944.

A este paciente se le dió también tratamiento fisioterápico y fué enviado a su organización con la recuperación de todos sus movimientos.

Séptimo caso:—

Soldado W. P. de 21 años de edad. Ingresó el día 14 de septiembre de 1944 en el Hospital de Tortuguero alegando que mientras preparaba los blancos para el tiro de rifle, es cayó sobre el hombro derecho, dislocándose éste. Después de este accidente volvió otra vez a dislocársele el mismo hombro.

Fué operado el 19 de octubre de 1944, y dado de alta en noviembre 18 de 1944, previo tratamiento fisioterápico, habiendo recuperado todos sus movimientos.

A los dos últimos pacientes se les empezó a dar movimientos pasivos al cuarto día de operados, permitiéndoseles los movimientos activos a los siete días, con tan o quizás mejor resultado que los que permanecieron en inmovilización durante un período de quince días.

En ninguno de los casos tuvimos que lamentar infección alguna y hasta donde sabemos, no ha habido recurrencia.

Los tres primeros pacientes eran reclutas que no habían hecho su entrenamiento militar, pudiéndolos realizar después de operados sin dificultad de ninguna clase.

Los otros casos volvieron a sus respectivas organizaciones, sin que tampoco tuvieran trastorno alguno.

BIBLIOGRAFIA

(1)—*Watson Jones*: "Recurrent dislocation of the shoulder. Fractures and Joint Injuries,—1943 ii 453.

(2)—*Watson Jones*: "Recurrent dislocation of the Shoulder. Fractures and Joint Injuries--1943 ii 455.

(3)—*W. C. Campbell*: Recurrent Dislocation of the Shoulder, Operative Orthopedics, 1939—457.

(4)—*Watson Jones*: "Recurrent Dislocation of the Shoulder. Fractures and Joint Injuries—1943 ii 457.

(5)—*Watson Jones* :"Recurrent Dislocation of the Shoulder. Fractures and Joint Injuries—1943 ii 456.

(6)—*M. S. Henderson*: "Habitual Dislocation of the Shoulder Journal Amer. Med. Assoc.—1930—xcv, 1653.

(7)—*H. A. Hill and M. D. Soeks*: "The Groovad Defect of the Humeral Head"—Radiology—1940 xxxv—690.

(8)—*F C. Bosch and V. T. Inmon*: "The Pathological Changes in Recurrent Dislocation of the Humeral Head" Jour. Bone and Joint Surg. 1942 xxiv 595.

(9)—*W. C. Campbell*: "Recurrent Dislocation of the Shoulder" Operative Orthopedic, 1939 p. 457.

THIOURACIL IN THE TREATMENT OF THYROTOXICOSIS*

ERNESTO C. MARTINEZ, M.D.**

Santurce, P. R.

Prior to the advent of Thiouracil, Lu-'s solution introduced by Plummer[1] in 23 had been the routine agent used in preoperative management of thyroto-osis. However, some cases show only a tial response to iodine, or no response all. This is true in the severe toxic ones patients that have had the disease for g periods of time. Also, patients who e received iodine therapy for long iods of time, develop a refractoriness the drug. (Iodine fastness). This ct is seriously questioned by Bartels[11] feels that there is not such a thing "iodine fastness".

In 1941, the McKenzies[2] and McCul-[3] in experimental work on rats obser-following the use of sulfaguanidine, ypertrophy of the thyroid glands, ch was accompanied by a fall in the l metabolic rate. These changes were ented or cured by the administration yroxin but were not influenced by the n of iodine. This work was further irmed by Ketcher[4] and Clisby and by nedy,[5] who obtained similar results the administration of thiourea deri-es.

The clinical use of thiouracil was first rted by Astwood,[6] from Boston, in . He administered to three patients thyrotoxicosis, thiourea in doses of 2 gms. per day, or thiouracil, .2 gms. to 1 gm. per day, with a resulting relief of symptoms consisting of a return to normal of the basal metabolic rate and of the serum cholesterol after one to two weeks of treatment. Later in 1943, Williams[7] and Bissle reported treating nine unselected cases of thyrotoxicosis with thiouracil. Both exophthalmic and adenomatous goitres responded to thiouracil.

Further work has continued to appear in the literature during the past year. Rose[9] and McConnell, from Philadelphia, have recently reported a series of 37 cases treated with thiouracil. Thirty patients showed a favorable response. Four, showed a partial response, and two showed no response at all.

Mode of Action

According to Astwood—"this drug interferes with the synthesis formation of the thyroid hormone by interfering with the utilization of iodine. This results in an increased activity of the thyrotropic hormone of the pituitary, leading to hyperplasia of the thyroid. However, this hyperplasia is ineffectual".

Thiouracil is dispensed in tablets of .1 or .2 gms. each and is taken by mouth, being rapidly absorbed by the gastrointestinal tract.

Lahey Clinic Experience

Following a preliminary report by Dr. Bartels[10] in May of this year, in which 11 cases were treated, the Clinic has now a

---

aper presented during the annual meeting the Puerto Rico Medical Association, ecember 16, 1944.

ormer fellow in medicine, Lahey Clinic, oston.

total of 64 patients who have received thiouracil therapy. Of the 64 cases, 51 were females and 13 males. Fifty patients had primary hyperthyroidism and 14 patients had adenomatous goitre with secondary hyperthyroidism. The age varied from 11 years to 72 years. The average weight loss of the group was 29 pounds. When the patients were first studied, the basal metabolic rate from + 21% to + 98% with an average rate of + 51%. Fifteen patients with adenomatous goitre were classified as thyrocardiacs, having either heart failure or auricular fibrillation without heart failure.

The type of response which one expects to observe following thiouracil is illustrated in the following case report:

Mrs. C. Waterman, a 54 year old female patient was admitted to the Deaconess Hospital on July 29, 1944 complaining of weakness, weight loss of sixty pounds, and excessive fatigue of two years' duration. Physical examination revealed a prominent stare with warm, moist skin and general activation. There was an adenomatous enlargement of the thyroid gland four times normal size, which was diffuse. Blood pressure 190/80. Cardiac rate, 120 per minute. Basal metabolic rate on admission was + 72%. Because of the severity of the thyrotoxicosis, patient was given thiouracil in doses of .6 gms. daily and sent home. Patient was readmitted to the hospital on Oct. 24, 1944 after having received thiouracil for seventy-seven days. Three weeks prior to admission, she was given iodine which she took until the time of operation. Thiouracil was stopped one week prior to surgery. On her second admission, the patient had gained twenty-four pounds in weight and her basal metabolic rate was + 1%. On Oct. 25, 1944, patient had a subtotal thyroidectomy with an uneventful anesthesia and post-operative course.

Plan of Treatment

The plan of treatment which is followed by Dr. Bartels[11] in treating these cases is to give thiouracil in doses of 0.6 gms. daily until the basal metabolic rate is practically normal and most of the symptoms of hyperthyroidism have disappeared. The patient is seen every two or three weeks for blood counts and for checkup as to any undesirable reaction, like fever, rash, etc. Periodic B.M.R. determinations and cholesterol levels are performed. Bartels has found that one day of treatment with thiouracil is required for each per cent of elevation in the basal rate. From these observations, the date of hospitalization is set and arrangements are therefore made. In patients that have received Lugol's solution before the institution of thiouracil therapy, a longer period of treatment is required. Because of difficulty experienced in the operation of the first cases treated with thiouracil, consisting of softness of the thyroid and friability and extensive bleeding, thiouracil is discontinued one week prior to the operation and Lugol's solution is given three weeks prior to surgery. With this method, a satisfactory state of involution is obtained, thus preventing operative difficulties.

Operative Procedures

Fifty-two patients were subjected to subtotal thyroidectomy. The other patients had hemithyroidectomy. Patients that had hemithyroidectomy were the first ones to be treated before a satisfactory clinical experience had been attained with the use of the drug.

Toxic Manifestations

The following toxic reactions have been reported with the use of thiouracil:

1. Skin eruptions.
2. Agranulocytosis; deaths having been reported.
3. Chills and fever; myalgia.
4. Nausea and vomiting.
5. Jaundice.
6. Thrombocytopenia with purpura.
7. Diarrhea.

the Lahey group of patients, toxic ma- stations developed in eight cases — ı eruptions in one patient, fever reac- in four patients, leukopenia in three ents. Relief of symptoms was noted ıediately after stopping treatment. Be- se of the danger of agranulocytosis, it ecessary to make blood examinations ntial during thiouracil therapy. It is that if the white blood count fall be- 3500 cells in the first five weeks of tment, it is safer to replace thioura- vith iodine.

As evident from this paper, thioura- ıas been mainly used as a preopera- measure in the treatment of thyro- cosis. It is felt that the drug is too toxic for prolonged, continued use. However, the drug is being used in the prolonged treatment of thyrotoxicosis in selected cases. For example, mild or moderate uncomplicated cases . Williams[8] believes the following conditions justify a subtotal thyroidectomy:

1. Very large goitres.
2. Toxic reactions to thiouracil.
3. Factors interfering with the proper cooperation of the patient.

The feeling of the Lahey Clinic is that the value of thiouracil lies in the reduction of the risk of surgical treatment and that the operation is still indicated, until such time as it has been proven that it can be used indefinitely, or that it will actually cure Primary hyperthyroidism if given for a sufficient length of time. Many of their patients cannot be properly checked from time to time and in these cases surgery should be carried out. Numerous cases of recurrent hyperthyroidism have been adequately controlled with this drug.

References

—*Plummer, H. S.*, and *Boothby, W. M.*: The Value of Iodine in Exophthalmic Goitre, Illinois M. J. 46: 401-407 (Dec.) 1924.

—*MacKenzie, J. B.; MacKenzie, C. G.* and *McCollum, E. V.*: Effect of Sulfanilylguanidine on the Thyroid of the Rat, Science 94: 518-519 (Nov. 28) 1941.

—*McKenzie, C. G.; Mc Kenzie, J. B.*: The Effects of Sulfonamides on Thiourea on the Thyroid Gland and Basal Metabolism, Endocrinology 32: 185 (1943).

—*Richter, C.* and *Clisby, K. H.*: Graying of Hair Produced by Ingestion of Phenylthiocarbamide, Proc. Soc. Exper. Biol. & Med. 48: 684-687 (Dec.) 1941; Toxic Effects of Bitter Tasting Phenylthiocarbamide, Arch. Path. 33: 46-57. (Jan.) 1942.

—*Kennedy, T. H.*: Thioureas as Goitrogenic Substances, Nature, London, 150: 223-234 (Aug. 22) 1942.

(6)—*Astwood, E. B.*: Treatment of Hyperthyroidism with Thiourea and Thiouracil, J. A. M. A. 122: 78-81 (May 8) 1943.

(7)—*Williams, R. H.*, and *Bissel, G. W.*; Thiouracil in the Treatment of Thyrotoxicosis, New England J. Med. 229: 97-108 (July 15) 1943.

(8)—*Williams, R. H.*: Thiouracil in the Treatment of Thyrotoxicosis, Med. Clinics of North America, 1042 (Sept.) 1944.

(9)—*Rose, E.*, and *Mc Connell, J.*: Thiouracil in the Treatment of Thyrotoxicosis, The Am. J. of the Med. Sciences. 208: 561-576 (Nov.) 1944.

(10)—*Bartels, E. C.*: Thiouracil in Severe Hyperthyroidism. J. Am. Med. Ass'n. 125: 24. 1944.

(11)—*Bartels, E.*: Personal Communication.

EXPERIENCE WITH ANESTHESIA IN UROLOGICAL SURGERY AT THE BAYAMON CHARITY DISTRICT HOSPITAL*

Pablo G. Curbelo, M. D.**

San Juan, P. R.

The present report is based on five hundred and thirty-five anesthesias given in my service at the Bayamon Charity District Hospital during the past five years.

As it might be expected only a small fraction of these were general anesthesias (see Table I) because of their irritating effects on renal tissue plus their tendency to cause disturbances in the acid base equilibrium. Besides general anesthesia is not well tolerated by the old prostatics and even in renal surgery where we used it most, proper relaxation was not obtained at times until dangerous levels had been reached. Therefore, as soon as we became more familiar with high, controllable spinal anesthesia, the use of inhalation anesthesia has been almost entirely discontinued in our service the only exceptions being in exploratory operations for renal trauma and when performing operations on children below the age of fourteen.

We have found spinal anesthesia to be relatively safe provided it is given according to the rules previously set down by the pioneers in this branch of the art of anesthesia.

It is generally thought that the harmful and at times fatal complications of spinal anesthesia are due to three main factors; namely, first to marked depression or augmentation of the blood pressure producing in the former cerebral anemia and in the latter cerebral accidents; secondly, to paralysis of the respiratory muscles; and thirdly to the direct toxic action of the drug injected.

Therefore, in order to minimize or to avoid these conplications the following plan was adopted by us.

A. **Pre-Operative Management.** The patient was given one and one half grains Nembutal by mouth one hour before the operation followed half an hour later by a hypodermic injection of Morphine gr. 1/4 plus Atropine gr.1/150; intravenous fluids were given several hours before if there was tendency to debility.

B. **Management During the Operative Procedure.** Patients whose blood pressure was under 130 systolic received a hypodermic injection of 25 to 50 mgms. Efedrine Sulfate intramuscularly about 15 minutes previous to the spinal puncture followed by intravenous fluids as soon as the latter was completed, the rate of flow being kept sufficiently rapid to maintain the blood pressure near the preanesthetic level; if the patient was hypertensive, dependence was placed on intravenous fluids alone to keep the blood pressure within safe limits. Blood pressure estimations were taken every five minutes. Oxygen inhalations were given if nausea developed as well as when the blood pressure descended either at the beginning or at the end of the operation. If the effects of the spinal anesthetic wore

* Paper presented before the annual meeting of the Puerto Rico Medical Association, December 15, 1944.

** Chief, Urological Service, Bayamón District Hospital.

off prematurely intravenous sodium pentothal was given.

C. **Technique of Spinal Anesthesia.** We never used barbotage but on the contrary gave the injection at a steady and fairly rapid rate. The organ to be operated upon as well as the estimated duration of the operation governed the choice as well as the site of injection of the anesthetic agent. Thus for renal surgery we used at first Babcock's method of injecting about 100 mgm. of Procaine Crystals dissolved in 4 cc of the patients spinal fluid at the first lumbar interspace. This method had the following disadvantages: first a definite risk of inducing respiratory paralysis; short duration of the anesthesia; and patients often complained of pain when the upper pole of the kidney was being mobilized. These shortcomings made us change to Sise's method in which 1½ to 2 cc of Pontocaine solution mixed with equal parts of 10% glucose solution is injected at the second or third lumbar interspace with the patient on his side. The table was kept at the horizontal level durring the injection for fear of injecting too high; but as soon as it was completed the table was tilted to about ten degrees Trendelenburg and kept so until the level of anesthesia reached the anterior costal margin as determined by stroking patient's skin with a needle. As soon as the desired level was attained the table was raised to the horizontal position; following which the patient was placed in the kidney position. The results obtained have been entirely satisfactory. For extensive bladder operations, for uretero-intestinal anastomoses, perineal prostatectomies, extensive operations on the external genitalia the anesthetic of choice has been Pontocaine solution with or without added glucose. For suprapubic prostatectomies we used 100 mgm. Procaine Crystals dissolved in two or three cc of spinal fluid giving the injection at the second or third lumbar interspace. For transurethral resections we also used Procaine crystals reducing the dosage to half as much as for suprapubic prostatectomies maintaining the patient in a semisitting position during the injection as well as during the resection in order to keep the level of anesthesia so low that actually a high caudal anesthesia was obtained.

Complications of Spinal Anesthesia.

Before we adopted the routine procedures mentioned above there were numerous occasions during which the blood pressure suddenly fell to low levels the patient looking and feeling seriously ill; recourse to vaso pressor agents plus oxygen inhalations promptly restored the patient's condition back to normal but it is much preferable to prevent than to treat such reactions. One of the rarest but very disturbing complications was the occurrence of anesthetic failure in spite of the fact that both the spinal puncture and the injection had been properly done. In such cases as these either the operation was postponed or local infiltration plus intravenous pentothal was used.

In about 3 percent of the anesthesias acute temporary hypertension developed. In reviewing these cases we find that all of these patients were definitely hypertensive or with hypertensive tendencies.

Two patients had disturbances of sensation and of locomotion for several weeks after the anesthesia, recovery however taking place without any treatment. And finally two patients developed typical attacks of angina pectoris during the anesthesia, the attack lasting in each case for several hours. The electrocardiogram of

both these patients did not give us the clew necessary for explaining this phenomenon.

Local and Intravenous Anesthesia.

Sodium Penthotal was never given alone; on the contrary it was always used as supplementary to local or spinal anesthesia. Routine premedication as for spinal was always used and its concentration kept below 2%; usually 1 and 3/4% being used. In our experience it showed a tendency to raise the blood pressure thus making it suitable for use with hypotensive patients. When it was used combined with local infiltration anesthesia in suprapubic cystotomies and for the drainage of perinephric abcesses muscular relaxation comparable to that obtained in spinal was produced. We were even able to perform a suprapubic prostatectomy in one patient as well as a nephrectomy in another patient by using this combination.

Another field in which Sodium Pentothal proved very useful was when used as a supplement to spinal anesthesia when the effects of the latter were beginning to wear off at the end of a long operation.

Procaine solution in a quarter to half percent strength was used for local infiltration anesthesia. It was always preceded by adequate premedication and many times reinforced by intravenous anesthesia.

Complications.

We did not observe a single serious reaction with either local infiltration with Procaine solution or with intravenous Sodium Pentothal anesthesia. Moreover we think that their combined usage made it possible for us to perform operations on patients that very likely could not have stood the effects of a more depressing anesthetic agent.

General Anesthesia.

As mentioned previously we made extensive use of general anesthesia only in renal surgery and that only until we became better acquainted with high spinal anesthesia. As far as prostatic surgery was concerned it was regarded as out of the question for reasons which I have stressed previously. Although we still use inhalation anesthesia in operations for renal trauma we are planning on using local infiltration plus intravenous pentothal on our future cases.

Mortality.

There was no instance of immediate anesthetic death and as far as delayed mortality is concerned it is exceedingly difficult for us to determine the part taken by the anesthesia; nevertheless, it is our belief that none of the deaths were due to the anesthetic agent used.

CONCLUSIONS

High spinal anesthesia with Pontocaine-Glucose Solution is the ideal anesthesia for operations on the kidney as well as on the upper part of the ureter. The same mixture injected at lower levels of the spine is best for extensive operations on the lower urinary tract. For shorter operative procedures spinal with Procaine crystals seems to be preferable. Intravenous Sodium Pentothal has served to increase the efficiency of both local infiltration as well as spinal in our hands.

TABLE I

	Bladder	Prostate	Kidney	Ureter	Ext.Genitalia	Total
nal	29	122	55	18	75	299
:al	50		15		52	117
alation			50	5	25	80
al and tothal	20	3	6	10		39
				Grand Total		535

REFERENCES

L. F.: Pontocaine-Glucose Solution for Spinal nesthesia, Surgical Clinics North America :1501-1511, 1935.

Pontocaine-Glucose Solutions for Spinal Anesthia Surgical Clinics of North America, 16: 1707-1711, 1936.

Surgical Practice of the Lahey Clinic, W. B. Saunders Co., 1942.

Clinical Anesthesia by Lundy. Saunders Co., 1942.

INFORME DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

C. E. Muñoz MacCormick, M. D.

Sr. Speaker: Señores miembros de la Cámara:

Cuando los compañeros miembros de esta Cámara de Delegados me dispensaron el alto privilegio e inmerecido honor de elegirme para presidir la Asociación Médica de Puerto Rico, forjé en mi mente un sinnúmero de planes—quizás algunos demasiado idealistas—que consideraba habrían de redundar en beneficio de nuestra clase, y al tomar posesión de la presidencia en la primera semana de enero, lo hice lleno del mayor entusiasmo, confiado en que habría de recibir el respaldo unánime de todos mis colegas, como lo solicité en repetidas ocasiones, para llevar dichos planes a una feliz realidad.

Siempre he considerado que la Asociación Médica de Puerto Rico debe ser factor principalísimo en todo asunto que se relacione con la salud de nuestro pueblo, y no meramente el organismo representativo de un grupo más o menos grande de profesionales. La Asociación Médica de Puerto Rico, en mi concepto, debía ser el faro que ilumine a nuestro pueblo en toda materia de salud, y en estrecha colaboración con el Departamento de Sanidad ayudar a orientar a nuestro gobierno en los problemas médicos de la isla. El poderío de la Asociación Médica de Puerto Rico y la magnitud de la obra que podría realizar en beneficio del pueblo serían incalculables si todos y cada uno de sus miembros se dispusieran a colaborar con entusiasmo y tesón en todo asunto que les fuera referido; pero desgraciadamente, no es mucho más de una centena el número de los que están dispuestos a sacrificar su tiempo, sus ingresos o sus credos para contribuir a mantener en alto el prestigio de la Asociación ante nuestro pueblo.

Tal ha sido la triste realidad que hemos podido palpar durante el tiempo que nos ha cabido el privilegio de representar a nuestra clase. La mayoría de todos aquellos planes que forjó nuestra mente, tan sólo sirvió para traerme al convencimiento de que el espíritu de sacrificio individual en aras del bienestar de la clase deja aún mucho que desear entre un gran número de nuestros asociados. No es de extrañar pues, que al cabo de este año me presente ante ustedes, señores miembros de la Cámara, consciente de haber realizado un esfuerzo supremo por mejorar la posición de la Asociación ante nuestro pueblo; pero terriblemente decepcionado por la casi total indiferencia con que han acogido nuestros problemas la gran mayoría de nuestros colegas.

Hecha esta breve introducción, que consideramos necesaria para desahogar nuestro pecho de la honda pena que nos ocasiona la despreocupación de un gran número de médicos hacia nuestros problemas colectivos, pasaremos a hacer un recuento conciso de los asuntos de mayor importancia que ocuparon nuestra atención durante el año en curso.

Carta Mensual

Muy bien podríamos limitar nuestro informe a una copilación de todas las cartas que mensualmente hemos dirigido a nuestros colegas y que encierran una especie de resumen de los principales asuntos del mes.

Conscientes de que la mejor manera de despertar el interés de cualquier persona

grupo de personas en determinada actividad es mediante información adecuada precisa, optamos por enviar a cada uno los miembros de la Asociación un reento mensual de nuestras actividades. ;í pues, el día último de cada mes, he)s enviado a todos los socios un infore más o menos detallado de los asuntos e hemos considerado de mayor interés gualmente mediante dicho medio hemos icitado la opinión de los compañeros en rias cuestiones que consideramos de vi- importancia para la clase.

Es ésta una práctica que debe contiarse por los que nos sucedan en este carpara mantener despierto el interés de estra matrícula en todos los problemas la Asociación.

nités

La labor realizada por los distintos cotés podrán ustedes evaluarla al oir el inme de sus respectivos presidentes. En chos casos fué excelente, en otros regu; uno, el de Investigaciones Médicas no o oportunidad de funcionar por no haningún compañero solicitado su cooación.

Para todos los que sirvieron en los mis mis más cumplidas gracias por la coración que me brindaron, agradecimienque, naturalmente, va en proporción dica con el grado de labor rendida por s.

El Comité Auxiliar de Damas sirvió éndidamente y con gran eficiencia en momento en que sus servicios fueron esitados. Para todas las damas que lo gran, y especialmente para su dinámipresidenta, mi gratitud más profunda.

Es de importancia para la Asociación las personas que sean designadas para ir en los diferentes comités se dispona cumplir con sus obligaciones a cadad, y que la práctica de aceptar nombramientos como si fueran puestos honoríficos se descontinúe. Ningún socio que realmente sienta por la Asociación debe negarse a servir en un Comité cuando para ello se le designe; pero es claro que, una vez aceptado el privilegio de servir a la Asociación, es para servirle, repito, cabalmente.

Instituto del Cáncer

En los primeros días del mes de enero y cuando trabajábamos en la selección de los compañeros que habrían de integrar los distintos comités de la Asociación, hice una visita al Dr. González Martínez en la Clínica que bajo los auspicios de la Liga Puertorriqueña Contra el Cáncer opera en esta ciudad. Antes de hacer esta visita nos habíamos propuesto dar todo nuestro respaldo al proyecto para crear el Instituto del Cáncer en nuestra Isla; pero después de ver los serios inconvenientes que tienen que vencer el Dr. González Martínez y los demás colegas que con él comparten los deberes de dar atención a tantos pacientes víctimas de esta dolencia, y de observar la forma abnegada y desinteresada con que luchan contra estos inconvenientes este estimado colega y sus entusiastas colaboradores, pudimos percatarnos de la imperiosa necesidad de conseguir legislación gubernamental para atacar este serio problema, y nos dimos cuenta de que no bastaba con que expresáramos nuestro deseo de ayudar en la solución del mismo, sino que era necesario interesar en ello a todos nuestros colegas, a los miembros de la Legislatura, al Hon. Gobernador, a los alcaldes y al pueblo en general. Por eso, al enviar nuestra primera Carta Mensual, y al referirnos al Instituto del Cáncer, hicimos a nuestros compañeros el siguiente llamamiento:

"Aunque sabemos que un proyecto de

esta naturaleza habrá de tener una acogida favorable en nuestra Legislatura, creemos aconsejable que se exprese el interés del pueblo, a través de un endoso por todos los municipios de la Isla, y a tal efecto recabo su cooperación para que interese al Alcalde y miembros de la Asamblea en su municipalidad, y estos interesen a su vez a los representantes y senadores de sus respectivos distritos."

"A fin de encauzar bien la campaña que nos proponemos realizar a favor de dicho proyecto, le agradeceré nos remita una copia del endoso de ese municipio, tan pronto sea éste radicado, lo cual le comunicaremos oportunamente."

Solicitamos del Dr. González Martínez que reuniera el Comité del Cáncer para que redactara el proyecto de ley que habría de someterse a la consideración de la Legislatura, y después de varias reuniones se redactó un proyecto, el cual le fué entregado al Dr. Susoni por el Dr. González Martínez. Antes de ser presentado el proyecto, celebramos varias entrevistas con el Hon. Gobernador, con el Director de la Escuela de Medicina Tropical, Dr. Morales Otero y con varios colegas miembros de la Legislatura Insular, quienes se interesaron en esta medida legislativa, brindándonos todos la más decidida cooperación.

Copia de dicho proyecto, el cual fué presentado en el Senado por el Dr. Francisco M. Susoni y el Lcdo. Vicente Géigel Polanco con el número 96, fué enviada a cada uno de los miembros de la Asociación para que hicieran las gestiones pertinentes en su favor.

Tras innumerables gestiones hechas por el Dr. González Martínez, tanto en su carácter de presidente de la Liga Puertorriqueña Contra el Cáncer, como en el de presidente del Comité del Cáncer de nuestra Asociación, así como por esta presidencia y demás miembros de la directiva cerca de las autoridades correspondientes se logró la aprobación de dicho proyecto.

Al dar cuenta de la aprobación de esta medida legislativa, decíamos en nuestra Carta Mensual del mes de Mayo, lo siguiente:

"La firma de este proyecto por el Hon. Gobernador, realiza uno de los principales anhelos de la profesión médica puertorriqueña, y al dar cuenta de ello en esta Carta, no podemos menos que reiterar nuestra cordial felicitación a sus principales propulsores y defensores, los queridos compañeros doctores Isaac González Martínez, presidente de la Liga Puertorriqueña Contra el Cáncer y el Comité de Cáncer de nuestra Asociación; el Dr. Francisco M. Susoni, Vice-presidente del Senado de Puerto Rico y miembro del Comité de Legislación de nuestra Asociación, el Dr. Leopoldo Figueroa, 'floor leader' de la minoría en la Cámara de Representantes y miembro del Comité de Legislación de nuestra Asociación.

"Nuestra agrupación continuará cooperando de la manera más decidida hasta ver convertidos en realidad los humanitarios fines que persigue esta Ley, y cordialmente exhortamos a los colegas antes mencionados, así como al Hon. Comisionado de Sanidad y todas las personas que han dado su apoyo a esta medida legislativa, a realizar toda clase de gestiones para que pronto quede debidamente organizado y en completo funcionamiento el Instituto del Cáncer de nuestra Isla."

La Asociación Médica de Puerto Rico

á dispuesta a cooperar, con las autoriles correspondientes, con todos los mes a su alcance, para poner en vigor a brevedad posible tan humanitario proto.

›icios Médicos de Beneficencia

Otro de los problemas que más ocupó stra atención desde que asumimos la sidencia de la Asociación fué el relacio- o con los servicios médicos de benefi- cia. Por tal motivo decíamos en nues- primera carta a los compañeros aso- los, lo siguiente:

"Es de general conocimiento que el servicio médico de beneficencia adolece de grandes deficiencias. Es sin lugar a dudas, el deber nuestro, como profesionales conscientes y como miembros de una Asociación llamada a velar por la salud de nuestro pueblo, él hacer cuanto esfuerzo esté a nuestro alcance, por conseguir que dichos servicios sean mejorados hasta el límite que permitan las condiciones económicas municipales, en tanto se decidan las autoridades correspondientes a hacer los cambios de rigor en dichos servicios, para asegurar al pueblo un servicio adecuado.

"Es nuestro propósito poner este asunto en manos de nuestro Comité de Salud Pública y Beneficencia a fin de que haga un estudio fiel de la situación actual y someta las recomendaciones pertinentes. Para que dicho estudio pueda ser hecho sin dilaciones de ningún género, es preciso que el Comité cuente con la cooperación decidida, no sólo de los compañeros actualmente en el servicio médico de beneficencia, sino de aquellos interesados en este problema de tan trascendental importancia para nuestro pueblo."

El Comité de Salud Pública y Beneficencia de nuestra Asociación, que preside el Dr. Ramón J. Sifre, demostró gran interés en el problema que sometimos a su consideración, y como un medio de ayudar en su solución, preparó un proyecto de ley disponiendo la creación de un subsidio para los servicios médicos de beneficencia. Este proyecto fué sometido a la consideración del Hon. Comisionado de Sanidad por el Dr. Sifre antes de ser referido a la Legislatura.

El Dr. Fernós Isern hizo un estudio de dicho proyecto, y lo sometió a la consideración del Dr. Sifre; pero, desgraciadamente, llegó a manos del último coincidiendo con la partida del Dr. Fernós para Barbados, de donde regresó después de haber expirado el término para la radicación de proyectos en la Legislatura. Entre otras cosas, el informe del Hon. Comisionado de Sanidad, decía lo siguiente:

> "Me he retrasado un poco en enviarle mis comentarios acerca del plan de subsidios a la beneficencia pública que se discute en la Asociación Médica.
> "Debo decirle, repitiendo lo que ya hablamos en noches pasadas, que me complace mucho que en la Asociación se coincida, sin habernos puesto de acuerdo, con mi propósito de establecer un sistema de subsidios médicos municipales.
> "En el presupuesto que sometí al Director del Presupuesto, y que espero que el Gobernador someta de un momento a otro a la Legislatura, se incluye una partida de $200,000 para este propósito, sujeta a la reglamentación del Comisionado de Sanidad. El proyecto preparado por ustedes tiene igual finalidad fundamental.
> "La forma en que la asignación aparece en el presupuesto permitiría prác-

ticamente hacer lo mismo que propone el proyecto bajo consideración. La diferencia estribaría en que en un caso se haría por ley lo que en otro se haría a virtud de disposiciones administrativas."

Esto, como es natural, hizo decaer el ánimo de los miembros del Comité, quienes ante la imposibilidad de poder tener una entrevista con el Dr. Fernós, por encontrarse éste fuera de la isla para la fecha en que se recibió su informe, optaron por presentar el proyecto por su título.

En favor de este proyecto ya habíamos obtenido el endoso de los doctores Susoni, en el Senado, y Figueroa, en la Cámara, así como también de varios otros legisladores, quienes acordaron aumentar la asignación de $200,000 a $500,000. Anteriormente, el Hon. Gobernador, al ser consultado con respecto a este proyecto, se mostró muy interesado en el mismo y nos ofreció su ayuda.

Quiero decir, de paso, que en la primera reunión del Comité de Salud Pública y Beneficencia y en varias reuniones de la directiva, expuse mi propósito de conseguir que todos los médicos en ejercicio privado de la profesión nos comprometiéramos a ofrecer cada uno, una o dos horas a la semana de servicio gratuito, para reforzar los servicios médicos de beneficencia; en otras palabras, que todos aportáramos nuestra cooperación para ayudar a solucionar el problema de servicios médicos a la población indigente durante la presente emergencia. Fueron tantos los colegas con quienes cambiamos impresiones a este respecto y que nos expusieron su opinión en contrario, que optamos por no traerlo a la consideración de la clase médica en general.

Estas, desde luego, eran medidas para resolver provisionalmente el problema de los servicios médicos de beneficencia, en lo que la solución, a nuestro juicio ideal, de carácter permanente, o sea la insularización de los servicios médicos de beneficencia pudiere ponerse en práctica. Esto, como es natural, era difícil en los últimos años, debido a controversias políticas en los municipios, pero consideramos que el año que viene, estando 76 de los municipios bajo la administración del mismo partido político, se presenta la oportunidad anhelada para terminar de una vez y para siempre con el problema que por tantos años ha ocupado la atención de nuestros dirigentes. Exhorto a esta honorable Cámara a que se manifieste en torno a un proyecto de insularización de la beneficencia municipal para ser presentado en la próxima sesión legislativa.

Intercambio Cultural

Con miras a fomentar el intercambio de cultura médica entre los médicos puertorriqueños y los colegas de islas vecinas y de las repúblicas latinoamericanas, esbozamos un plan mediante el cual podrían enviarse delegaciones médicas de Puerto Rico a otros países del hemisferio y asimismo recibir, recíprocamente, la visita de miembros destacados de la profesión en dichos países.

En una de nuestras primeras entrevistas con el Hon. Gobernador, le expusimos nuestro plan, habiéndolo acogido con gran entusiasmo y ofreciéndonos firmar el proyecto que aprobara la Legislatura asignando la cantidad de $25,000 para dicho propósito. Discutimos este plan igualmente con el Director de la Escuela de Medicina Tropical, con el Dr. Thomas Parran, Cirujano General del Servicio de Salud Pública Federal, y con el Hon. Benjamin Thoron, Director de la División de Territorios y Posesiones del Departamento del Interior, estando todos contestes en la importancia

el proyecto, en favor del cual me ofrecieron su cooperación decidida. Igualmente nos ofrecieron su cooperación los doctores Figueroa, Susoni y demás compañeros miembros de la Legislatura.

El Dr. Figueroa presentó el proyecto en la Cámara de Representantes, y todo parecía indicarnos que no habría ningún inconveniente en su aprobación. Sin embargo, debido a la incertidumbre reinante en los últimos días de la sesión legislativa, dicho proyecto tuvo la desgracia de correr con otros proyectos de asignaciones y quedó sin aprobar.

Instituto de Medicina Forense

A principios de año hicimos igualmente gestiones encaminadas a poner a funcionar el Instituto de Medicina Forense, cuya creación se dispuso por una ley aprobada en la sesión legislativa del 1943. Como en dicha ley sólo se hizo una asignación de $5,000, era absolutamente imposible llevar a la práctica las disposiciones de la misma, puesto que dicha cantidad apenas es suficiente para cubrir el sueldo de la persona que se hiciera cargo de una institución de esta naturaleza.

Así pues, después de discutir el asunto ampliamente con el Dr. Enrique Koppisch, quien redactó la ley originalmente, nos entrevistamos con el Hon. Gobernador y con el Procurador General, obteniendo el ofrecimiento de que se incluiría en el presupuesto del Departamento de Justicia una partida adicional para empezar la organización del Instituto de Medicina Forense.

A este mismo respecto tuvimos una entrevista con el Dr. Morales Otero, para tratar de evitar que se perdiera la asignación de $5,000 que se había hecho en la ley, y que dicho dinero se utilizara en organizando alguna fase del Instituto. Se pensó en la posibilidad de enviar, con cargo a esta asignación, a alguno de nuestros jóvenes patólogos a cursar estudios avanzados en medicina forense, y a tal efecto tuvimos varias entrevistas con el Dr. Acosta Velarde y el Dr. Gándara; pero ante la imposibilidad de conseguir la asignación necesaria este año suspendimos las gestiones al efecto. Sin embargo, acordamos que se solicitaría del Hon. Gobernador con bastante antelación que incluyera en su presupuesto la suma de $25,000 para el funcionamiento del Instituto de Medicina Forense, el cual habría de establecerse el año próximo.

Proyecto de Ley lesivo a la profesión

En la pasada sesión legislativa se presentó en la Cámara de Representantes un Proyecto de Ley, el número 91, cuyo texto entendíamos era lesivo a nuestra profesión, y el cual interpretamos como una seria amenaza a la salud de nuestro pueblo, puesto que de haber sido aprobado estarían hoy día ejerciendo libremente la profesión personas sin cualificación académica para ello. Disponía dicho proyecto de ley, que se permitiera al ejercicio de la medicina y cirugía a médicos graduados que hubieren ejercido la medicina en Puerto Rico por más de un año en un hospital reconocido.

Afortunadamente, mediante la acción oportuna cerca de varios amigos legisladores logramos evitar que se apuñalease el standard de la medicina puertorriqueña convirtiendo este proyecto en ley.

Reconocimiento de Hospitales

Otro de nuestros proyectos al asumir la presidencia era el de levantar el standard de todas las instituciones dedicadas a la hospitalización y cuidado de enfermos mediante el reconocimiento por la Asociación de aquellas clínicas y hospitales que reu-

nieran ciertos requisitos mínimos según estipulados por la Asociación.

Este asunto fué referido al Comité de Educación y Hospitales, que preside el Dr. Costa Mandry, para que llevara a efecto un estudio de las condiciones hospitalarias en la isla y redactara los requisitos que deberían de considerarse como mínimos para el reconocimiento de las clínicas y hospitales por la Asociación.

El Comité de Educación y Hospitales se reunió en varias ocasiones y redactó las reglas al efecto para ser traídas a vuestra consideración. La inspección de todos y cada uno de los hospitales de Puerto Rico para cerciorarse de los defectos que pudieran estos adolecer y brindarles la oportunidad de cubrir todos los requisitos, antes de poner en vigor las reglas aprobadas, no ha podido realizarse aún.

Campaña de Venta de Bonos

A principios de febrero fueron reclutados nuestros servicios para presidir el Sub-Comité de profesionales en la Campaña Pro Venta de Bonos del Cuarto Empréstito.

Con tal motivo citamos una reunión de los presidentes de todas las asociaciones de profesionales, con el fin de encauzar debidamente la campaña de venta de bonos entre sus respectivos miembros.

Enviamos una circular a todos los miembros de nuestra Asociación exhortándoles a invertir sus economías en bonos de guerra; y poniendo a su disposición nuestra oficina para gestionarles la compra de estos.

Al rendir nuestro informe a los directores de la Campaña tuvimos la satisfacción de reportar la siguiente relación de ventas entre las distintas agrupaciones que pertenecían al Sub-comité que tuvimos el honor de presidir.

Médicos	$217,825.00
Dentistas	34,775.00
Enfermeras	14,000.00
Ingenieros	32,338.25
Contratistas	7,818.75
Abogados	17,000.00
Químicos	11,050.00
Practicantes	300.00
TOTAL	$335,557.00

En la fecha en que redactamos este informe se lleva a efecto en nuestra isla la Sexta Campaña de Venta de Bonos. Para esta ocasión hemos nombrado un comité especial de la Asociación, presidido por el Dr. J. H. Font, y esperamos que todos los socios habrán de cooperar como el momento presente lo requiere.

Plan de Investigaciones Médicas

Con miras a fomentar las investigaciones médicas en nuestro país, y teniendo esta presidencia conocimiento de los serio inconvenientes que tienen que vencer los compañeros que desean realizar investigaciones de carácter médico en la isla, procedimos a principios de enero a nombrar una Junta de Investigaciones Médicas, integrada por el Director de la Escuela de Medicina Tropical, el Director del Servicio de Salud Pública Federal en Pto. Rico, el Sub-Comisionado de Sanidad, el presidente del Comité Científico y otro compañero en representación del presidente de la Asociación.

El propósito de esta Junta era conocer todos aquellos casos en que compañeros nuestros estuviesen interesados en llevar a cabo alguna investigación de carácter científico, enterarse de las dificultades que tuvieren y tratar de facilitarles toda la ayuda necesaria, así como orientarles y encauzarles debidamente.

Solicitamos de los miembros de la Aso-

ción nos comunicasen si tenían el pro-
sito de llevar a cabo algún trabajo de
vestigación; pero hasta esta fecha no
mos recibido solicitud alguna de ayuda.

Es bueno decir que tanto la Escuela de
dicina Tropical, el Servicio de Salud
blica Federal, así como el Departamen-
Insular de Sanidad estaban en la me-
disposición para ofrecer toda clase de
ıda a los compañeros que estuviesen in-
esados en trabajos de investigación.

perativa para la compra de equipo y
terial médico

Uno de los asuntos que mayor asom-
nos causó durante nuestra incumben-
en la presidencia de la Asociación, fué
narcada indiferencia con que recibieron
stros colegas el plan que le sometiéra-
s, de crear una cooperativa bajo los
spicios de la Asociación, con miras a
ecer a los miembros de ésta, así como
os hospitales reconocidos, la oportuni-
l de obtener equipo y material médico-
rúrgico a un precio de costo.

Cuando lanzamos este plan en nuestra
ta Mensual de febrero creímos que el
mo habría de recibir el endoso unáni-
de nuestros asociados, pero tan sólo
tro o cinco compañeros se mostraron
eresados en el mismo, razón por la cual
vimos obligados a echar a un lado el
ı como otro idealismo de la presidencia.

paña contra los abortos criminales

En nuestra Carta Mensual de febrero
expresábamos en la siguiente forma
relación con esta práctica:

"Es de general conocimiento, que per-
sonas poco escrupulosas en la comuni-
dad están practicando el aborto crimi-
nal. Sabemos también, que el número
de dichos abortos va en constante au-
mento, en detrimento de nuestra mo-
ral.

"Nos hemos comunicado con el Hon.
Gobernador de Puerto Rico, para ini-
ciar una campaña intensa con miras
a corregir este crimen social, lanzando
el peso de la Ley sobre aquellos que
se dedican, despiadadamente, a esta cla-
se de asesinatos.

"Personalmente, no puedo concebir que
ningún miembro de la profesión médi-
ca en Puerto Rico manchase el buen
nombre de nuestra clase con prácticas
condenadas por los más fundamentales
principios de ética profesional; pero
aseguro, que de encontrarse inmiscuí-
do en esta clase de procedimientos cual-
quier compañero de la isla, la Asocia-
ción Médica de Puerto Rico será la pri-
mera en condenar y perseguir, sin pie-
dad alguna, al colega que en tal forma
proceda.

"Recabamos la cooperación de todos los
asociados para que nos informen, con-
fidencialmente, todo dato relacionado
con esta práctica criminal que pueda
llegar a su conocimiento. Aseguramos
que dicha información será considera-
da estrictamente confidencial, y como
tal, se usará únicamente para facili-
tar el encauzamiento de las investiga-
ciones por parte de las autoridades co-
rrespondientes."

Pasaron varios meses y no obtuvimos
ninguna información relacionada con este
llamamiento, a pesar de que con anteriori-
dad al mismo oíamos informalmente co-
mentarios de casos en los cuales se nos
aseguraba se estaba practicando el aborto
criminal.

En el mes de junio celebramos una en-
trevista con el Jefe Interino de la Poli-
cía Insular, Lcdo. Eduardo Urrutia, y el

Procurador General Interino, Lcdo. Jesús A. González, quienes me ofrecieron su cooperación más decidida para eliminar esta práctica en extremo lesiva a la moral de nuestro pueblo.

Tan sólo hemos podido obtener dos confidencias de casos en los cuales se había practicado el aborto criminal por comadronas, casos que referimos a la detective para su investigación y procedimiento legal.

Aunque esta campaña no ha tenido todo el auge que esperábamos, nos satisface, por lo menos, saber que, a juzgar por las apariencias, ni un sólo compañero dedica sus actividades a esta práctica inmoral; pues de no ser así, seguro estoy que hubiéramos tenido las correspondientes confidencias, ya que no podemos concebir que colegas nuestros hayan perdido el valor y la dignidad hasta el punto de tolerar mediante el silencio, el que miembros de nuestra profesión se aparten criminalmente de los más elementales principios de ética profesional.

Nos parece que sería aconsejable conseguir se enmendara la ley que castiga el aborto criminal, ya que la misma conlleva pena igual tanto para el que lo practica como para la mujer que se somete al mismo, y esto, como es natural tiende a hacer que la mujer oculte al intruso por temor a ser ella también castigada.

Práctica Ilegal de la Profesión

En la reunión celebrada a principios de junio con los dirigentes de la Policía Insular y el Departamento de Justicia, recabamos también su cooperación para acabar con el ejercicio ilegal de la medicina en nuestra isla.

A este efecto, el Jefe Interino de la Policía Insular, Lcdo. Eduardo Urrutia, envió una carta circular a todos los encargados de los cuarteles de la Policía en la isla, para que iniciaran una campaña de persecución contra todas aquellas personas que se hicieran pasar por médicos. Nosotros, por nuestra parte, solicitamos de todos los miembros de la Asociación, nos informasen de todos los casos de que tuvieran conocimiento, para nosotros a su vez, referirlos a las autoridades correspondientes.

Nos parece que será muy difícil acabar con la práctica ilegal de la medicina en nuestra isla mientras hayan colegas que individualmente toleren esta práctica, no denunciando a los violadores por lo menos ante esta Asociación si no ya como procedería, ante las autoridades policíacas.

Es duro admitirlo; pero obran en nuestro poder cartas, certificaciones y telegramas de varios colegas, respaldando a estas personas y hasta tratando de influir con miembros del Tribunal para que se les admita a exámenes o se les extienda licencia. Si tal es el sentir y el actuar de algunos compañeros, cómo podemos pretender que personas ajenas a nuestra profesión puedan demostrar interés en la solución de este problema?

Este y muchos otros problemas que ya no debieran existir, persistirán mientras haya compañeros que antepongan sus conveniencias individuales a las conveniencias de Clase.

Como una medida tendiente a ayudar a la solución de este problema, nos parece sería conveniente conseguir de la Legislatura Insular que enmendara el artículo de la Ley de Médicos donde se define lo que es el ejercicio de la profesión, de manera de hacerlo más explícito.

Escuela de Medicina

Como es de vuestro conocimiento en la pasada asamblea anual de la Cámara de Delegados se trajo a consideración de este

cuerpo un informe que en relación con el establecimiento de una escuela de medicina en nuestra isla le fuera rendido al Canciller de la Universidad por un comité integrado por los doctores Oscar Costa Mandry, Ramón M. Suárez y Manuel de la Pila. En dicha reunión de la Cámara se acordó que copia de dicho informe le fuera enviada a cada uno de los miembros de la Asociación para que después de discutirlo en reuniones de distrito citadas al efecto, instruyeran a sus delegados en cuanto a la forma en que deberían votar en relación con dicho informe en una reunión extraordinaria de la Cámara que habría de celebrarse al efecto.

A principios de enero se envió dicho informe a cada uno de los compañeros asociados y en el mismo mes de enero las asociaciones de distrito celebraron reuniones especiales para considerar el mismo y dar instrucciones a sus respectivos delegados.

La Cámara de Delegados se reunió en sesión extraordinaria el día 10 de marzo, y en dicha reunión se tomó el siguiente acuerdo:

> "Que en vista de la dificultad que ha habido para resolver el asunto de la votación, puesto que hay asociaciones que no han mandado sus delegados, se dispone que el voto se haga por referendum de todos los miembros de la Cámara."

Este referendum se llevó a efecto, habiéndose obtenido una votación de 24 votos a favor por 17 en contra, siendo por lo tanto el sentir de la mayoría a favor de que se establezca en nuestra isla una escuela de medicina clase A.

Daremos por lo tanto un respaldo absoluto y cooperación decidida al proyecto de la escuela, alertas en todo momento de que la misma se mantenga dentro de los standards estipulados por esta Cámara para salvaguardar así el standard de la medicina puertorriqueña.

Blue Cross Plan

Otro de los asuntos que demandó la consideración de la Cámara de Delegados este año fué el sistema de seguros de servicios médicos y hospitalarios que se ofrecen por la Asociación de Seguro de Servicios de Hospitalización de Puerto Rico, mejor conocido por el "Blue Cross Plan".

La primera reunión de la Cámara celebrada con este fin el día 17 de junio en la ciudad de Mayagüez, fué motivado por el hecho de que al poner en vigor el sistema de seguro de servicios médicos se permitió que se acogieran a dicho plan personas de todas las categorías económicas, principio éste que estaba en contra del plan inicial sometido a la consideración de la clase médica puertorriqueña cuando se empezó a organizar esta Asociación de Servicios Hospitalarios.

En esta primera reunión se aprobaron varios acuerdos, entre estos uno solicitando de la Junta de Directores de dicha Asociación que limitara dichos servicios a personas de determinados ingresos.

Estos acuerdos fueron referidos a la Junta de Directores de la Asociación de Seguro de Servicios Hospitalarios de Puerto Rico, la cual, en una extensa comunicación dirigida al Dr. Pila, recabó de la Cámara dejara dichos acuerdos sin efecto, en vista de que el plan de servicios de hospitalización se encuentra en su fase inicial.

Con motivo de la antes mencionada carta se celebró el día 15 de septiembre otra reunión extraordinaria de la Cámara de Delegados, en cuya reunión, después de

amplia consideración de la carta antes mencionada, se tomaron los siguientes acuerdos:

1.—Acceder a la petición hecha por la Asociación de Servicios Hospitalarios de Puerto Rico en el sentido de no exigir que se limite dicho plan a personas de determinados ingresos, y que se brinde oportunidad de acogerse al mismo a todas las personas que así lo deseen.

2.—Solicitar de la Asociación de Seguro de Servicios Hospitalarios de Puerto Rico que requiera de todos los hospitales acogidos a dicho plan la obligación de abrir sus puertas a todo paciente y al médico que lo atienda, siempre y cuando el médico sea un miembro activo de la Asociación Médica de Puerto Rico y el paciente no padezca de alguna enfermedad que no pueda ser atendida en el hospital donde se solicite su ingreso. (A este efecto los hospitales que funcionen en el Plan de la Cruz Azul deberán someter a dicha entidad una relación de aquellas enfermedades que no estarían en condiciones de poder atender.)

En relación con la Asociación de Seguros de Hospitalización de Puerto Rico, deseamos informar asimismo, que nuestra Asociación fué invitada a enviar a la asamblea anual celebrada el día 30 de enero la delegación a que por ley tiene derecho, es decir, dos representantes por cada hospital acogido al plan. Procedimos a nombrar nuestros delegados, un total de 24, y de entre estos se procedió a seleccionar, en una reunión celebrada el día 28 de enero, los siete que habrían de formar parte de la Junta de Directores de dicha colectividad, la cual, según disposición de su reglamento deberá estar integrada de la manera siguiente:

Siete representantes por los hospitales
Siete representantes por la Asociación Médica
Siete representantes por los suscriptores al plan.

Son nuestros informes que este plan de seguro de servicios médicos y hospitalarios ha venido desenvolviéndose bastante bien, pero que recientemente ha tenido ciertos contratiempos con motivo de la renuncia del Director Ejecutivo del mismo, contratiempos que esperamos puedan ser satisfactoriamente resueltos por su Junta de Directores, de la cual forman parte, como hemos dicho anteriormente, siete delegados de nuestra Asociación.

Congreso Médico Dominicano

Durante los días 24, 25 y 26 de febrero próximo pasado celebróse en Ciudad Trujillo, República Dominicana, un Congreso Médico con motivo de celebrarse el Centenario de la Independencia de la República Dominicana.

Los organizadores de dicho acto nos cursaron atenta invitación para que enviáramos una delegación de nuestra Asociación a este Congreso. Habiéndonos enterado de que el Dr. Costa Mandry se proponía asistir a dicho acto, y no siendo posible a ninguno de los miembros de la Directiva asistir al mismo, decidimos dar nuestra representación al Dr. Costa Mandry, quien asumió gustosamente nuestra encomienda. A su regreso informó de su acogida en Santo Domingo en términos muy elogiosos para la clase médica dominicana.

Además del Dr. Costa Mandry, asistieron a dicho Congreso otros dos compañe-

los doctores Pablo G. Curbelo y Basi-Dávila, quienes fueron invitados a par-ar en el programa científico, regre-lo igualmente impresionados que nues-representante.

erencia Regional sobre Higiene Social

El día 9 de febrero celebróse en esta ad la Conferencia Regional sobre Hi-e Social, actividad ésta organizada por epartamento Insular de Sanidad, la iación Americana de Higiene Social Servicio de Salud Pública Federal, y iciada por un gran número de organi-nes entre las cuales estaba la nues-

sta Conferencia de Higiene Social fué concurrida asistiendo sendas repre-iciones médicas de las repúblicas la-mericanas. Esta presidencia tuvo el r de ser designado para presidir y pre-la sesión plenaria celebrada por la e en el salón de actos de la Alta Es-de Santurce. Además tomamos par-otra de las reuniones de mesa re-a celebradas en el anfiteatro de la ela de Medicina Tropical.

ntes distinguidos

urante el transcurso de este año he-tenido el placer de tener entre noso-distinguidos profesionales de los Es-Unidos y de varios países de la Amé-tina, algunos de los cuales participa-n actos auspiciados por nuestra Aso-n y otros en distintas actividades, como la Conferencia Regional sobre ne Social a que nos hemos referido iormente y en la asamblea anual de ociación de Salud Pública. Entre di-visitantes, destácanse los siguientes:

r. Henry E. Meleney, Profesor de Me-cina Preventiva del Colegio Médico de la Universidad de Nueva York, y quien el día 11 de enero pronunció una interesante conferencia ante los miembros de nuestra Asociación.

Dr. Theodore G. Klumpp, alto funcionario de la Winthrop Chemical Company, quien el día 1ro. de marzo dictó una conferencia sobre Penicilina en el anfiteatro de la Escuela de Medicina Tropical, bajo los auspicios de nuestra Asociación.

Dr. Thomas Parran, Cirujano General del Servicio de Salud Pública Federal, quien visitó nuestra isla con el propósito de asistir a la Conferencia Regional de Higiene Social y a la asamblea de la Asociación de Salud Pública.

Dr. Enrique Vilella, Jefe del Servicio de Control de Enfermedades Venéreas de la República de México, y quien vino a nuestra isla para participar en la Conferencia Regional de Higiene Social.

Dr. L. F. Thomen, miembro del Comité Organizador del Congreso Médico Dominicano, quien visitó nuestra isla como delegado de la República Dominicana a la Conferencia Regional de Higiene Social.

Dra. Carroll Birch, Profesora Asociada de Medicina Interna de la Universidad de Illinois, huésped de la Escuela de Medicina Tropical, y quien el día 21 de marzo dictó una interesante conferencia sobre hemofilia ante la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

Además de los distinguidos compañeros a que hemos hecho mención anteriormente, tendremos el privilegio de tener entre nosotros durante los días de nuestra convención, a los siguientes colegas:

Dr. LeRoy A. Schall, Profesor de Laringología y Otología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard.

Dr. William Dameshek, Profesor de Medicina Interna del "Tufts Medical College".

Dr. P. S. Pelouze, Profesor asociado de Urología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Pennsylvania y Consultor del Servicio de Salud Pública Federal.

Dr. Agustín Castellanos, Profesor de Pediatría de la Universidad de la Habana.

Dr. Joseph Harkavy, Jefe del Departamento de Alergia de los Hospitales Mount Sinai y Montefiore de la ciudad de Nueva York.

Dr. Richard Pearson Strong, Profesor Emérítus de Medicina Tropical de la Universidad de Harvard y Director de Medicina Tropical del Centro Médico del Ejército en Washington.

Dr. Etienne Montestruc, Director del Instituto Pasteur de la Martinica.

Dr. Héctor Read, miembro de la delegación que asistirá a la asamblea en representación de los médicos dominicanos.

Dr. Edmundo Taveras, miembro de la delegación que asistirá a la asamblea en representación de los médicos dominicanos.

Compañeros fenecidos

Este año hemos tenido la honda pena de perder los queridos compañeros cuyos nombres y fecha de su fallecimiento mencionamos a continuación:

Dr. Antonio Villeneuve, 3 de mayo
Dr. José E. Igartúa, 15 de mayo
Dr. Francisco Seín y Seín, 11 de julio
Dr. Jaime Vilá, 8 de agosto
Dr. José Belén Gotay, 6 de noviembre
Dr. Mariano Riera López, 20 de noviembre

Como es de vuestro conocimiento, el Dr. Jaime Vilá Morales, perdió la vida en unión de su esposa y su hijo mayor en una tragedia aérea que por el gran número de víctimas que causó conmovió a la sociedad puertorriqueña, muy especialmente a nuestra clase, ya que además de la familia Vilá, perdieron la vida en dicha tragedia otros familiares de dos queridos compañeros, la Dra. Marta Robert de Roméu, y el Dr. Carlos M. de Castro.

En relación con dicha tragedia, debemos informar que los médicos de Antilla, se portaron a la altura que nuestra profesión demanda de sus representantes, haciendo cuanto humanamente les fué posible por conseguir que los cadáveres de las víctimas del accidente pudieran ser trasladados a su tierra natal, y se pusieron además incondicionalmente a las órdenes de los familiares de las víctimas que se trasladaron a Cuba para diligenciar el envío a nuestra isla de los cadáveres. Por esta actitud valiente y generosa de estos compañeros, así como de todos los habitantes de Antilla, nuestra Directiva adoptó una resolución expresándoles nuestro profundo reconocimiento.

En todos los casos de fallecimiento de compañeros designamos una delegación para que representara a nuestra Asociación en el acto del sepelio y testimoniara personalmente nuestra condolencia a los deudos, y cuya delegación fué presidida en todas las ocasiones por nuestro distinguido colega el Doctor Manuel Quevedo Báez.

Cursillo sobre Medicina Tropical

Este año, y como una cortesía del Dr. Pablo Morales Otero, Director de la Escula de Medicina Tropical, nuestra Asociación tuvo el privilegio de auspiciar para sus miembros un interesante cursillo de medicina tropical que se celebró durante todo el mes de julio en el salón de conferencias de la Escuela de Medicina Tropical, y que estuvo a cargo de los doctores Ramón M. Suárez, Enrique Koppisch, R. Rodríguez Molina, Arturo L. Carrión y F. Hernández Morales, miembros del Staff Médico de la Escuela de Medicina Tropical.

Este curso constó de doce conferencias de aproximadamente dos horas de duración cada una, cubriendo los principales aspectos de medicina tropical. Al mismo asistieron alrededor de 30 compañeros, todos los cuales salieron muy complacidos de las enseñanzas adquiridas durante el transcurso del cursillo.

Aprovechamos esta oportunidad para reiterar al Dr. Morales Otero nuestra sincera gratitud por la cooperación franca y decidida que en todo momento nos ha dispensado para facilitar nuestra labor en la presidencia de la Asociación. Asimismo, deseamos expresar nuestro agradecimiento a los miembros del Staff médico de la Escuela de Medicina Tropical que en una u otra forma contribuyeron al éxito de este curso.

Auxilio Médico Mutuo

El Plan del Auxilio Médico Mutuo ha continuado desenvolviéndose este año dentro de la mayor normalidad, y no obstante haberse registrado seis bajas hasta el mes de noviembre, aún se mantiene dentro de las bases de seguridad, ya que estas bajas fueron compensadas con el resultado del primer año, cuando solamente se registró una defunción.

La Política y los Servicios Médicos

Conociendo por experiencia propia el gran daño que ocasiona a los servicios médicos gubernamentales, ya sean municipales o insulares, la participación activa de la política partidista; sabiendo de las innumerables quejas y lamentos que a este respecto han llegado a conocimiento de los dirigentes de la Asociación, y aprovechando la oportunidad que nos ofreciera un importante rotativo de esta capital al acoger en su página editorial las notas editoriales que fueron publicadas en la edición de octubre del Boletín de la Asociación, decidimos iniciar una campaña tendente a obtener el endoso unánime de nuestros colegas para poder acabar de una vez y para siempre con la intromisión del personalismo político en la prestación de servicios médicos a nuestra población indigente.

Teniendo en cuenta, sin embargo, que este era un año de elecciones, y para que no se nos fuera a tildar de querer favorecer, con nuestra actitud, a determinado núcleo de compañeros, optamos por lanzar nuestro llamamiento en nuestra Carta Mensual del 31 de octubre, cuando aún no conocíamos el resultado de los comicios electorales.

Decíamos en los últimos párrafos de nuestro llamamiento, lo siguiente:

> "Creemos llegado el momento de que los miembros de la clase médica puertorriqueña hagamos una vez más, un gesto de absoluta solidaridad y contribuyamos, con nuestra actitud a desligar los servicios médicos de la política partidista en Puerto Rico, para bien, no sólo de la clase médica, sino para beneficio de la comunidad en general.

"Como quiera que ni las notas editoriales del Boletín de nuestra Asociación ni el valiente editorial de solidaridad del periódico EL MUNDO han recibido comentarios por la mayor parte de nuestros médicos, es necesario que tengamos en nuestro poder evidencia de que este llamamiento no se ha perdido en el vacío, y a tal efecto, le invito a llenar y devolvernos a vuelta de correo el impreso que acompañamos a esta carta, no importa cual sea su posición actualmente.

"La Asociación Médica de Puerto Rico debe asumir y asumirá, gustosamente, la obligación de velar porque los servicios que se prestan al pueblo a través de las distintas dependencias municipales e insulares estuvieran en un plano de máxima eficiencia, y a tal efecto, asesoraría, fiscalizaría y si alguna deficiencia así lo justificase, enjuiciaría, dentro del seno de la Asociación, a los compañeros responsables del servicio. "La Asociación Médica de Puerto Rico cuenta con el cariño, el respeto y la confianza de nuestro pueblo. Para solidificar aún más esa posición nuestra ante el pueblo, debemos esforzarnos para que en su totalidad, plena y cabalmente, goce de todo lo que dentro de las circunstancias actuales podemos brindarle. El desligar por completo nuestros credos e influencias políticas del ejercicio de nuestra noble profesión no podrá menos que enaltecernos individualmente, ante el pueblo, ante los demás profesionales, ante nuestro propio gobierno y ante los mismos líderes políticos."

A esta campaña—asómbrense ustedes, como me he asombrado yo—sólo hemos recibido 142 contestaciones de endoso, a penas una tercera parte de nuestra matrícula, y de estos, 71 procedentes de c[illegible]gas que ejercen su profesión privadam[illegible]te y que por su condición de especialis[illegible] y médicos de solvencia económica, no [illegible]nen necesidad de recurrir al desempeñ[illegible] cargos remunerados en nuestros gob[illegible]nos.

Ante esta realidad no podemos m[illegible] que echar a un lado la idea como otro n[illegible] idealismo de esta presidencia.

Penicilina

Aún más recientemente tuvimos o[illegible] tunidad de comprobar la gran apatía [illegible] que la mayoría de nuestros socios acog[illegible] problemas de nuestra clase, al somet[illegible] la consideración de los miembros d[illegible] Asociación otra encuesta de vital imp[illegible] tancia para la Asociación, para los n[illegible] cos individualmente y para nuestro [illegible] en general. Nos referimos a la encu[illegible] hecha a mediados de noviembre en [illegible] ción con la Penicilina y mediante la [illegible] esperábamos poder hacer una recopil[illegible] de datos que nos permitieran pres[illegible] a las autoridades correspondientes pe[illegible] nes concretas en relación con la dist[illegible] ción de dicha droga.

Dos semanas después de haber h[illegible] esta petición, solamente hemos recibi[illegible] contestaciones. Huelgan los coment[illegible]

Asumí, sin embargo, la responsabi[illegible] de por lo menos tratar de solucionar [illegible] tan importante problema y nombré, [illegible] la presidencia del Dr. Serra Chavarr[illegible] comité para estudiar la situación de l[illegible] nicilina en Puerto Rico. Reuní conj[illegible] mente con él a los directores de hosp[illegible] que distribuyen la droga y acordamc[illegible] licitar que se duplique la cuota actual [illegible] nada a todos los hospitales que la su[illegible] No podemos creer que esto también un idealismo.

unto Dr. Quevedo Báez

De todos los asuntos personales en los ales hemos tenido oportunidad de inter-nir, sólo quiero hacer mención al rela-ɔnado con nuestro distinguido colega el ·. Manuel Quevedo Báez.

En el mes de septiembre se hicieron ınifestaciones públicas en el sentido de e por las autoridades policíacas se inten-ba remover de su cargo a nuestro dis-ıguido compañero el Dr. Manuel Queve-Báez. Tan pronto tuvimos noticias de :e particular nos entrevistamos con el fe de la Policía Insular, Col. Joshua Hel-ger, quien nos manifestó que en nin-ın momento había recibido queja algu-en cuanto a los servicios del estimado ega, y que lamentaba profundamente e se hubieran hecho manifestaciones en ·entido, puesto que todos estaban muy ..sfechos de la labor que venía r·ndien-a la policía el Dr. Quevedo Báez.

Hicimos públicas las manifestaciones e nos hiciera el Col. Hellinger, dando por terminado este desagradable inci-nte en torno a unos de nuestros más tinguidos colegas y entusiasta colabo-lor nuestro.

joras al Edificio

Hemos dejado para última instancia los nentarios en torno a las mejoras a nues-domicilio porque consideramos ésta la :uación cumbre de la actual administra-n.

Todos ustedes han tenido conocimien-de nuestro esfuerzo por lograr este ob-ivo, y aunque realmente no tenemos la isfacción de haber completado todo el yecto ideado; por lo menos podemos en a ocasión presentar algunos de los cam-s propuestos.

Nuestro proyecto original contempla-el haber reunido entre nuestro cole-gas miembros de la Asociación la cantidad de $40.000, si todos hubieran contribuído con la cantidad de $100.00 que con tanta insistencia estuvimos solicitando desde que asumimos la presidencia, y que muy bien pudieron haber aportado en abonos par-ciales de $10.00 o $25.00 mensuales, como muchos entusiastas compañeros lo hicie-ron. Una parte de dicha suma se hubie-ra invertido en realizar mejoras funda-mentales a nuestro domicilio y la otra se hubiera guardado con miras a construir en el futuro un edificio a tono con nues-tras necesidades.

No fué posible, sin embargo, llevar a cabo todas las mejoras propuestas, pues tan sólo 92 compañeros aportaron la cuota completa de $100.00 y 64 han contribuído sumas parciales, todo lo cual hace un do-nativo total de $11,309.90. El informe de-tallado de todos los colegas que han con-tribuído a hacer posible las mejoras a nuestro domicilio lo rendirá nuestro ac-tivo tesorero.

Dimos comienzo a la campaña para le-vantar los fondos necesarios, a principios del mes de enero; pero no fué hasta junio del año en curso, cuando habíamos recolec-tado alrededor de $4,000, que nos decidi-mos a dar comienzo a las obras.

En relación con estas obras cooperó grandemente con nosotros, de manera es-pontánea y generosa el joven arquitecto Rafael Hernández, quien muy gentilmente nos hizo nuevos planos para la ampliación al edificio, diseñó la marquesina y super-visó con nosotros las obras de construc-ción, todo sin remuneración alguna como un gesto de simpatía hacia nuestra Asocia-ción.

Una vez terminadas las obras de cons-trucción, procedimos a equipar el local que hemos dedicado para el Club Médico, y sin-ceramente nos consideramos muy afortu-

nados en haber podido conseguir, dentro de las circunstancias reinantes, el magnífico equipo obtenido, el cual ya ustedes han tenido la oportunidad de ver.

Otro de los problemas con que nos confrontamos fué el de la construcción de anaqueles para la nueva Biblioteca, pues en todo momento estuvimos escasos de recursos. No contando con fondos suficientes, decidimos acudir a los señores representantes de fábricas de productos farmacéuticos, y a tal efecto solicitamos del compañero Rodríguez Olleros, en su carácter de presidente del Comité de Biblioteca que se encargara, con los demás miembros de su comité, de llevar a cabo estas gestiones. Sin embargo, en vista del mucho tiempo que le hubiera tomado al comité visitar todos los representantes uno a uno y de que el tiempo era escaso, citamos a una reunión a la cual asistieron muchos de dichos representantes. Todos los señores presentes nos ofrecieron su cooperación y solicitaron se les enviara una carta imponiéndoles de nuestro propósito para ellos a su vez enviarla con su endoso a sus representantes. Hasta la fecha hemos recibido un total de $2,375.00 aportado por las siguientes firmas:

Winthrop Chemical Company, Inc.
Lcdo. César A. Toro
H. V. Grosch & Company
Afleg Laboratories
Burroughs Wellcome Company
Lederle Laboratories
E. R. Squibb & Sons
Schering Corporation
Sterling Products
Cutter Laboratories
Pelegrina & Llorens
Ciba Pharmaceutical Products
Hoffman-La Roche, Inc.
Roche-Organon, Inc.
Parke Davis
Frank W. Horner, Inc.
Vincent Christina & Co.
Abbott Laboratories

Este dinero unido a los $11,309.90 de los donativos hechos por los miembros de nuestra Asociación hace un total de $13,-684.90 recolectado con fines de mejoras a nuestro edificio.

Los gastos en que hemos incurrido por concepto de estas mejoras, montan a la cantidad de $15,643.49, suma que se distribuye en la forma siguiente:

Ampliación y mejoras	$10,172.68
Equipo	4,970.81
Total	$15,143.49

Un detalle más específico de estos gastos será hecho por nuestro tesorero en su informe.

Para completar estas mejoras hemos encargado butacas más apropiadas para nuestro salón de actos, en sustitución de las que actualmente tenemos, las cuales han sido compradas por una firma local a un precio razonable. Hemos hecho gestiones para que este equipo esté en Puerto Rico a la mayor brevedad posible.

Con miras a dar mayores facilidades a nuestros compañeros, y con el objeto de que la marquesina recientemente construida rinda mayor provecho, solicitamos la cooperación del estimado compañero, Dr. A. Fernós Isern, Comisionado de Sanidad, y de los señores Sergio Cuevas y Jesús Benítez Castaño, Comisionado y Sub-Comisionado, respectivamente, del Departamento del Interior, para que nos permitieran conectar el camino de entrada a nuestro edificio con las amplias avenidas que actualmente se construyen en los alrededo-

res del Departamento Insular de Sanidad.

Nuestra solicitud tuvo una acogida favorable por parte de estos queridos amigos, y el Sr. Benítez Castaño, muy generosamente nos ha preparado los planos corespondientes para empezar a hacer los trabajos como una cortesía del Departamento del Interior, bajo el Plan de Emergencia, tan pronto sean removidas unas cajas de ambulancia que actualmente interrumpen la labor a realizar.

No podemos menos que sentirnos satisfechos de la amplia cooperación que hemos recibido en esta labor por parte de todos aquellos a quienes hemos acudido, y tan sólo es de lamentarse que muchos de nuestros colegas no hayan respondido con la generosidad y espontaneidad que era de esperarse, sobre todo en estos tiempos de prosperidad.

No perdemos, sin embargo, las esperanzas de que los compañeros que aún no lo han hecho, contribuyan cuando vean las mejoras realizadas, de manera que puedan llevarse a efecto los cambios necesarios para completar las obras que inicialmente habíamos planeado.

Club Médico

Entre las mejoras realizadas, como todos ustedes habrán visto, está la creación de un Club, de manera de aprovechar nuestro domicilio para otras actividades que las meramente de carácter científico y para fomentar más camaradería entre nuestros asociados.

Este departamento que como su nombre indica, es un sitio para proporcionar horas de expansión a nuestros colegas, funciona bajo la administración de un comité especial, y fué inaugurado el sábado 14 de octubre mediante la cooperación que nos brindaron varias firmas comerciales de la isla. Desde entonces ha venido siendo abierto todos los días laborables de 4:30 a 10:30 de la noche, y está a la disposición de los compañeros que deseen frecuentarlo.

Es nuestro vehemente deseo, y cifro mis esperanzas en ello, que este Club ha de estrechar aún más los lazos de amistad existentes entre nuestros colegas para bien de nuestra clase.

Asambleas de Distrito

Durante el año se llevaron a efecto todas y cada una de las asambleas de distrito, habiéndose presentado en todas ellas muy interesantes contribuciones de carácter científico.

En algunas de estas actividades de Distrito la concurrencia fué extremadamente pobre, siendo quizás un motivo para ello la falta de publicidad y el no haber enviado las invitaciones con la debida anticipación.

Deseo recordar a los dirigentes de las asociaciones de distrito que la Asociación gustosamente costeará la impresión de los programas y los anuncios de las asambleas de distrito.

Recomiendo enfáticamente que se disponga por esta Honorable Cámara que la Asociación del distrito de San Juan lleve a cabo su asamblea anual separadamente y en fecha que no coincida con la Asamblea anual de la Asociación, tal como lo hacen los demás distritos, y que la asamblea anual de la Asociación y todos sus actos sean auspiciados por la directiva insular.

Asamblea Anual

Todos ustedes habéis visto el magnífico programa científico social que se ha organizado para esta asamblea.

El éxito alcanzado al lograr tener entre nosotros ocho distinguidos compañe-

ros del extranjero, es augurio de mejores días en la vida científica de nuestra agrupación, y sólo es de esperarse que todos los colegas miembros de la Asociación asistan a esta asamblea, aprovechando así la espléndida oportunidad que les ofrece nuestra agrupación.

Asesores Legales

Durante el presente año hemos contado con los valiosos consejos de dos distinguidos letrados, los Lcdos. Luis E. Dubón y Julio Suárez Garriga, a quienes extendimos nombramientos honoríficos para actuar como asesores legales de la Asociación.

Estos compañeros, muy especialmente el Lcdo. Luis E. Dubón, han rendido a nuestra Asociación una labor muy beneficiosa, habiéndonos asesorado en todos los asuntos legales y estudiado casos y rendido informes cuantas veces lo hemos solicitado.

Agradecemos a estos amigos sus múltiples deferencias y valiosa cooperación para con nuestra Asociación.

Podríamos extendernos indefinidamente si fuéramos a enumerar todas y cada una de las actividades en las cuales hemos tenido oprtunidad de intervenir; pero como ya hemos abusado en demasía de vuestra amable atención, vamos a poner fin a este informe, no sin antes testimoniar nuestra sincera gratitud a todos los que en una u otra forma contribuyeron a hacer factible la labor que hemos realizado, y cuyos nombres no mencionamos por temor a incurrir en algún olvido, ya que han sido muchos los amigos que han colaborado estrechamente con nosotros durante el transcurso de este año.

RECOMENDACIONES

No deseamos terminar este informe sin antes hacer ciertas recomendaciones que consideramos que, de llevarse a efecto, podrían contribuir al mejor desenvolvimiento de la Asociación, por cuanto muchas habrán de redundar en beneficio de la comunidad en general y otras en beneficio de nuestros compañeros asociados:

1.—Insularización de la Beneficencia. El año que viene es una ocasión propicia para conseguir que se convierta en realidad lo que por tantos años han venido anhelando todos los miembros de la clase médica puertorriqueña. Sugerimos a esta Cámara de Delegados apruebe una resolución reiterando los deseos que ya anteriormente se han expresado por nuestra Asociación, en el sentido de que la clase médica puertorriqueña favorece el que se insularicen los servicios médicos de beneficencia, como único medio de garantizar a nuestro pueblo indigente una atención médica adecuada.

2.—Deseamos asimismo recomendar a nuestros sucesores que se realicen nuevas gestiones para conseguir la cooperación económica de la totalidad de los compañeros que no han contribuído a las mejoras del edificio, para que se pueda completar la obra ya iniciada.

Sería igualmente conveniente se hicieran gestiones con miras a levantar una CASA DEL MEDICO en todas las cabeceras de distrito. Este proyecto sería sumamente fácil de realizar si nos proponemos todos a ello contribuyendo con una cuota voluntaria de $10.00 al año por un período de siete años para que anualmente se construya una.

3.—Hacer las gestiones de rigor cerca del Honorable Gobernador para que se incluya en su presupuesto la cantidad de

$25,000 para el funcionamiento del Instituto de Medicina Forense.

4.—Hacer nuevas gestiones para obtener en la próxima legislatura la aprobación de un proyecto de Ley asignando $25,000 para el intercambio de cultura médica entre Puerto Rico y países del hemisferio occidental.

5.—Insistir con la autoridades competentes para que se lleve a efecto la organización del Instituto del Cáncer de Puerto Rico, tal como lo dispone la ley aprobada en la asamblea legislativa de este año.

6.—Que se brinde la cooperación necesaria al Colegio de Practicantes de Puerto Rico para conseguir el establecimiento de una escuela de practicantes sobre bases sólidamente científicas, ya que en los planes a desarrollar por nuestro gobierno hay necesidad de personal competente con esa preparación para servir en los centros rurales y dispensarios a construirse.

7.—Que se enmiende el reglamento de nuestra Asociación en cuanto a la admisión de socios concierne, según recomendación del Comité nombrado al efecto, y que presidiera el Dr. Julio A. Santos. (Esta recomendación se acompaña al final del informe).

Y parar terminar, vaya nuestro sincero agradecimiento para los compañeros que me hicieron el privilegio de honrarme con la presidencia de la Asociación Médica de Puerto Rico, y muy especialmente para los que han colaborado conmigo tan eficiente y abnegadamente en la dirección de la Asociación.

Respetuosamente sometido,

C. E. MUÑOZ MacCORMICK, M. D.
Presidente



CONSIDERACIONES GENERALES EN TORNO AL EJERCICIO DE LA PROFESION DE PRACTICANTE EN PUERTO RICO*

Señor Presidente y
demás miembros presentes:

La Asociación Médica de Puerto Rico agradece al Colegio de Practicantes de Puerto Rico la invitación que le fuera extendida para estar representada en vuestra asamblea, y ve con suma complacencia el interés que demuestran los actuales directores de vuestra organización por mejorar el standard de la clase de practicantes puertorriqueña.

Para conseguir vuestro objetivo de mejoramiento es de imprescindible necesidad que se organice en nuestra isla una escuela de practicantes a tono con el espíritu de adelanto que se observa en todas las profesiones. No es posible levantar el standard de una profesión si la nueva generación no se pone al nivel de las corrientes modernas. Lo que para nosotros los médicos, para las enfermeras y para ustedes los practicantes, resultaba suficiente años atrás, ahora es inadecuado. De ahí que tanto los médicos como las enfermeras hayan ido de año en año exigiendo más y más requisitos a los que han querido encauzar sus pasos en el sendero de estas profesiones. No menos debe hacer vuestra clase, si es que deseáis, de todo corazón, perpetuar lo que os legaron vuestros antepasados.

No es rebajando los requisitos de estudios que se logra levantar el standard de una profesión; no es insistiendo sobre teorías anticuadas que conseguiremos encauzar debidamente a las nuevas generaciones. La clase de practicantes de Puerto Rico, al igual que la de enfermeras y la de médicos tienen perfecto derecho a subsistir, pero ninguna podrá imponerse a las tendencias educativas del presente ni a las que puedan desarrollarse en el futuro. Es por lo tanto preciso, para que no perezca vuestra clase, así como no perecerá la nuestra, que sus componentes posean el mayor grado de preparación posible.

No es de dudar, y os lo digo animado de la mejor buena fe hacia vuestra profesión, que el practicante sería prontamente reemplazado de su sitial por la enfermera que, dotada de mejor preparación académica, demuestre verdadero interés en su profesión, si no se realizan en vuestra clase cambios de tal naturaleza que coloquen a los miembros jóvenes de vuestra profesión en un plano desde el cual puedan competir ventajosamente con los otros grupos de personas que actualmente auxilian al médico en el desempeño de sus obligaciones. A fuerza de estudio y preparación la enfermera graduada ha ido manteniéndose a la par con el progreso de la rama de la medicina que vienen llamadas a desempeñar. Las enfermeras de la vieja escuela no se han dormido en sus laureles; por el contrario, han realizado un esfuerzo supremo por alcanzar los grados académicos que se le exige a sus colegas de época más reciente, y procuran mantenerse al tanto del movimiento científico mundial, porque comprenden que de ello dependerá el que no sean reemplazadas en futuro no lejano por la nueva generación. Por otro lado, las componentes de la última hornada traen ya un respaldo académico más sólido, pero también luchan constantemente por mejorar su preparación mediante el estudio y la aplicación. Igual sucede con nuestra profesión, y con los miembros de todas aquellas pro-

* Palabras del Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico, Dr. C. E. Muñoz MacCormick, durante la asamblea anual del Colegio de Practicantes, 21 de enero de 1945 leídas por el Dr. Quilichini.

fesiones que están en una constante evolución. Si esto es así para médicos, dentistas, farmacéuticos, enfermeras, abogados, etc., no vemos razón alguna para que igual no suceda con ustedes los practicantes.

Para progresar, os repito, es necesario estudiar; es necesario levantar el nivel de vuestra clase a tono con los adelantos modernos. Para que vuestra clase perdure es preciso que se cree una escuela verdad para practicantes. La fuente en la cual bebieron casi todos ustedes está agotada. A estas alturas, no es posible que continuemos dependiendo de la buena voluntad de uno o dos médicos para hacer buenos practicantes, como era la costumbre antes; en esta época no podemos descansar en los buenos deseos del director de un hospital cualquiera, para que acoja en su seno a uno o dos jóvenes deseosos de aprender la carrera de practicante; en esta época de adelantos de todo género es preciso que ofrezcamos a esos jóvenes todas las facilidades para convertirse en un profesional competente, en un servidor público consciente. Esto sólo podrá brindárseles mediante el establecimiento de una escuela en la cual se lleven a efecto los estudios que más tarde habrán de cualificarle para desempeñar las obligacioes de un practicante. Cuando esto se consiga habrán ustedes dado un paso en firme hacia la perpetuación de vuestra clase.

Otra medida que debéis adoptar, por vuestro propio bien, es la de celebrar cursillos avanzados para refrescar la mente de vuestros asociados y despertar nuevo interés en vuestra profesión. La práctica es una gran cosa cuando está basada en principios y teorías comprobadas.

Vuestros directores, no cabe duda, comparten con nosotros estas ideas, y por ello no vacilamos en exponerlas a ustedes, seguros de que habrán de encontrar eco en vuestras deliberaciones.

La Asociación Médica de Puerto Rico os dará, gustosamente, toda su cooperació en todo aquello que tienda a levantar el standard de vuestra profesión.

Se nos ha pedido por vuestro secretario que os demos nuestra opinión en cuanto a la organización de una Junta Examinadora de Practicantes. No creemos que sea esta una medida tan urgente como las dos a que hemos hecho mención anteriormente y no lo consideramos aconsejable en los momentos actuales. Por el contrario, creemos que mientras no exista una escuela de practicantes debidamente organizada, vuestros propios intereses, colectivos e individuales, y la salud de nuestro pueblo estarán protegidos en manos del Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico.

Un punto al cual queremos hacer mención en esta reunión, por considerar que es esta la ocasión más propicia para ello, es el hecho por todos ustedes conocido, de que muchos de vuestros colegiados han sobrepasado los límites de sus atribuciones, hasta el punto de aplicarse a sí mismos el título de doctor. Quizás sea este uno de los motivos que ha creado resentimiento en varios miembros de la clase médica hacia los practicantes, colectivamente hablando.

Cuando una persona rebasa los límites de sus atribucioes para entrar en campos que le están vedados, no sólo se perjudica a sí mismo, sino que ocasiona gran daño a sus compañeros de profesión.

El practicante, al igual que la enfermera, está llamado únicamente, a servirle de auxiliar al médico, pero nunca a suplantarle en el ejercicio de la medicina. Cuando un practicante o una enfermera se consideran a sí mismo con suficiente preparación para sobrepasar los límites

de sus respectivas profesiones, dejan de ser buenos practicantes o buenas enfermeras para convertirse en malos ciudadanos, en ciudadanos irresponsables, faltos de toda ética y a quienes les importa muy poco la suerte que puedan correr sus demás compañeros de profesión. Un practicante consciente de sus atribuciones, que sabe mantenerse dentro de los límites de sus prerrogativas, es acreedor a nuestra admiración y al respeto de todos sus conciudadanos; por el contrario, el practicante que abandona el ejercicio de su apostolado para adentrarse en el campo de la medicina y cirugía, como sólo al médico le es permisible ejercerla, no es digno de pertenecer a vuestro grupo ni a ningún otro grupo de personas en el cual militen hombres conscientes de su responsabilidad para con sus semejantes y para su patria.

La Asociación Médica de Puerto Rico os desea el mayor éxito en vuestras deliberaciones y espera que estas sean de provecho no sólo para vuestra colectividad, sino también para la comunidad puertorriqueña en general.

PRESIDENTE ASOCIACION MEDICA ACLARA MANIFESTACIONES DEL SENADOR ORTIZ STELLA

Hemos leído, con singular interés, las manifestaciones hechas por el Hon. Senador por Humacao, Lcdo. Cruz Ortiz Stella, en el periódico EL MUNDO del día de hoy, relacionadas con el problema que confrontan algunos municipios con motivo de la escasez de médicos, y como quiera que es éste uno de los problemas que más han ocupado nuestra atención desde la presidencia de la Asociación Médica de Puerto Rico, no queremos dejar pasar, sin aclarar, algunas de las declaraciones hechas por el Lcdo. Ortiz Stella.

La Asociación Médica de Puerto Rico siempre se ha interesado en el mejoramiento de los servicios médicos que se prestan a la población indigente a través de los gobiernos municipales, y en varias ocasiones ha abogado por la centralización de dichos servicios como un medio de garantizar atención médica adecuada a todos los habitantes de nuestra isla.

El año pasado el Comité de Salud Pública y Beneficencia de la Asociación Médica, hizo un estudio relacionado con los servicios médicos y redactó un proyecto para ser sometido a la Legislatura Insular, disponiendo la creación de un subsidio para aquellos municipios que no contaran con recursos suficientes para brindar servicios médicos adecuados a su población. Si esta medida hubiera sido aprobada, probablemente la condición de muchos municipios en cuanto a servicios médicos se refiere, hubiera mejorado notablemente.

La Asociación Médica de Puerto Rico, como es de general conocimiento, se puso incondicionalmente a la disposición del gobierno actual para ayudar en la solución de los problemas médicos del país, y recientemente, con motivo de la toma de posesión de las nuevas administraciones municipales, nos dirigimos a los señores alcaldes ofreciéndoles la cooperación de nuestra Asociación en la solución de sus problemas de carácter médico y solicitando ciertos informes que habrían de facilitarnos el completar nuestro estudio en relación con los servicios médicos. Hasta la fecha hemos recibido contestación de 30 municipios, y de la información que muy generosamente nos han facilitado los señores alcaldes de estos pueblos, se desprenden los siguientes datos:

1.—De dichos 30 municipios, 13 no tienen médicos que residan en el pueblo.

2.—Los sueldos que pagan estos municipios al médico son como sigue:

4	pueblos pagan.....	$400.00
1	pueblo paga.....	375.00
1	" "	350.00
8	pueblos pagan.....	300.00
3	" "	250.00
3	" "	200.00
3	" "	175.00
2	" "	150.00
2	" "	125.00
1	pueblo paga	100.00
2	de dichos municipios no tienen asignación alguna para servicios médicos.	

El Lcdo. Ortiz Stella habla de médicos cuya **mesada municipal** excede el sueldo del Hon. Gobernador. Desconocemos el municipio de nuestra isla que sea tan afortunado que pueda pagar suma tan crecida al médico. Ahora, sí sabemos de médicos que han logrado, mediante la distribu-

* Statement dado a la prensa del país, por el Dr. C. E. Muñoz MacCormick, enero 20, 1945.

ción de sus horas de trabajo entre distintas agencias, hacerse de un sueldo decoroso; pero no creemos que esto sea un delito en tanto ese médico rinda a cada una de dichas instituciones los servicios por los cuales esté recibiendo un sueldo. Por el contrario, no es justo — y en ello estará conteste con nosotros el dilecto amigo Ortiz Stella— el pretender que un médico pueda subsistir con un promedio de $100 o $250 al mes, que cuando se paga, por lo regular es con cinco o seis meses de atraso, y que es lo que la mayoría de los municipios de tercera clase pueden buenamente disponer para satisfacer los servicios de un médico; sobre todo en estos tiempos, cuando el valor de un dolar se ha reducido considerablemente con motivo del alto costo de vida, y cuando el médico, como profesianl al fin, viene obligado, podríamos decir, a responder a cuanto llamamiento de cooperación económica se hace en nuestra isla. Tan serio resulta este problema en nuestros municipios pobres, que aún los mismos compañeros extranjeros, aquellos en quienes pusieron sus esperanzas la Honorable Legislatura y la Asociación Médica de Puerto Rico, para que vinieran a nuestra isla a resolver el problema de nuestros municipios sin médicos, se han visto obligados a recurrir a pueblos de mayores recursos, en los cuales hay residiendo otros colegas, que muy bien hubieran podido sortear la situación en tanto se reintegran a la práctica civil los 130 médicos que sirven actualmente en las fuerzas armadas de nuestra nación.

El problema médico que confrontan algunos de nuestros municipios en la actualidad, no se resuelve trayendo más médicos del extranjero, puesto que ni extranjeros ni nativos podrían llevar una vida decente, a tono con su profesión, en un municipio carente de recursos económicos. No tenemos la menor duda que el problema de esos municipios lo puede resolver nuestra Legislatura, y ya el Hon. Comisionado de Sanidad, en estrecha colaboración con nuestra Asociación, está preparando un estudio concienzudo del problema, para ser sometido a la consideración de la próxima asamblea legislativa.

Cuando esos municipios, que ahora a duras penas, y con miles sacrificios, pueden ofrecer el irrisorio sueldo de $100 o $200, puedan pagar a un médico mensualmente, con puntualidad, mediante la ayuda insular, un sueldo que les garantice su subsistencia y la de sus familiares, entonces habrán muchos de nuestros colegas puertorriqueños dispuestos a servirle a la comunidad con el mismo entusiasmo y con igual disposición que ahora lo hacen en otros pueblos de la isla. El médico, al igual que cualquier otro profesional, tiene perfecto derecho a procurar su bienestar y el de sus familiares, ya que siendo su misión velar por el bienestar de sus prójimos, justo es que vele también por el de sus propios familiares.

En Puerto Rico, más que escasez de médicos, lo que padecemos es una mala distribución de médicos; mala distribución ésta a que ha dado motivo el estado paupérrimo en que se desenvuelven algunos municipios, que obliga a nuestros profesionales a refugiarse en los centros de mayor productividad, situación que muy bien puede ayudar a solucionar nuestro Gobierno Insular mediante una equitativa distribución de sus ingresos.

La Asociación Médica de Puerto Rico está profundamente interesada en el bienestar de nuestro pueblo, y muy especialmente, en todo lo que concierna a servicios médicos. No dudamos que las manifestaciones del amigo Ortiz Stella están inspiradas en estos mismos principios. Creo por lo tanto, que en aras de un legítimo puertorriqueñismo, y ya que lucha-

mos por un fin común, debemos aunar voluntades para asegurar un éxito completo a nuestras gestiones, sin que resulten éstas lesivas a lo que es nuestro y nos prestigia, y mucho menos a la salud y bienestar de nuestro pueblo.

C. E. Muñoz MacCormick, M.D.

FE DE ERRATA

El último párrafo del artículo del Dr. Pila, sobre DICEOLOGIA MEDICA publicado en nuestra edición de diciembre pasado, página 521, debió leer como sigue:

> En el transcurrir de los tiempos dos ideas gemelas que nacieron de la gesta de los enciclopedistas en los derechos del hombre: la libertad y la igualdad, han llegado a nosotros un poco distanciadas y hasta a veces en los principios del derecho se han mostrado antagónicas. Dos orientaciones se han dibujado bajo vibraciones del sentir pasional: los que aman y prefieren la libertad aunque sufra la igualdad; los que aman y prefieren la igualdad aunque sufra la libertad. Aliar ambas ideas obra será del genio de la Democracia que bañó su filosofía en las aguas del Jordán. Hétenos, pues, de pie en el aledaño resbalante y peligroso de una crisis. Sahumada tarea la que muñir tenemos para estabilizar nuestro equilibrio, que, si ha de ser fecunda, ha de ser pronta y cumplida bajo la fórmula de Bernard Shaw: **"Turn your oughts into shalls"**, brillantemente traducida por Madariaga: "Transforma tus futuros en imperativos."

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Avenida Manuel Fernández Juncos,
Parada 19, Santurce, P. R.

Año XXXVII ENERO, 1945 Núm. 1

EDITOR Y ADMINISTRADOR:

DR. E. MARTINEZ RIVERA

EDITORES ASOCIADOS:

DR. L. A. BALASQUIDE
DR. RICARDO FERNANDEZ
DR. A. M. MARCHAND
DR. J. H. FONT
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. L. A. PASSALACQUA
DR. J. RAMOS MIMOSO
DR. GUILLERMO CARRERA

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

NOTA NECROLOGICA

Dr. José M. Santiago

El día 17 del mes en curso falleció en la ciudad de Vega Baja, a la edad de 65 años, el querido colega cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

El Dr. Santiago deja tras de sí una estela de profunda gratitud en cuantas personas tuvieron la fortuna de conocerle. Era uno de esos médicos que ejercían la profesión por vocación y que se esforzaba por ayudar a sus semejantes sin reparar en cuánto habría de reportarle monetariamente la atención que les prestara. Su principal anhelo era brindar sus servicios a cuantos a él acudían, y se esmeraba en que estos fueran de la mayor utilidad para sus enfermos. Siendo así, desinteresado al rendir sus servicios y en extremo humanitario, no es de extrañar que al morir no deje a sus hijos otro caudal que el inmenso cariño que por él profesaban sus compueblanos y sus compañeros de profesión.

El Dr. Santiago nació en el pueblo de Dorado el día 13 de febrero de 1880, siendo sus padres don Eufemio Santiago y doña Agustina Enriquez. Cursó sus estudios primarios en las escuelas públicas de su pueblo natal y en la capital, y luego se trasladó a los Estados Unidos, ingresando en la Escuela de Medicina de la Universidad de Missouri, de donde se graduó de médico en el año 1905.

A su regreso a nuestra isla, se instaló en Vega Alta, donde ejerció como médico titular por varios años; más tarde ocupó la plaza de director de beneficencia en Barceloneta, pasando luego a actuar como alcalde, en cuya posición realizó una obra de trascendental importancia en el desarrollo de dicha comunidad. De Barceloneta pasó a desempeñar el cargo de cirujano en el Hospital Municipal de Bayamón, y años más tarde trabajó como médico de beneficencia en Naranjito, de donde pasó a Vega Baja como médico de la Unidad de Salud Pública de dicha población, cargo éste que desempeñó con el beneplácito de la comunidad y de sus jefes inmediatos hasta pocos días antes de su fallecimiento, cuando se vió obligado a recluirse en cama. Mientras ocupaba la plaza de director médico de la Unidad de Salud Pública de Vega Baja, ejercía además su especialidad de ginecología en la Policlínica Sánchez Castaño de aquella población.

En la Asociación Médica de Puerto Rico era uno de nuestros más entusiastas colaboradores, y fué de los que más tesoneramente luchó, en épocas pasadas, por que se estableciera un sistema de ayuda para los familiares de los colegas fenecidos, y que fué la idea original en que se basó la creación del Plan de Auxilio Médico Mutuo que ahora funciona en nuestra organización.

Los directores del BOLETIN se unen a los miembros de la directiva de la Asociación y demás compañeros acogidos a la matrícula de nuestra agrupación para testimoniar a todos los deudos del compañero Santiago, nuestra sentida expresión de condolencia por tan irreparable pérdida.

Asociación Médica del Distrito de San Juan

En la noche del 30 de enero, y con una nutrida concurrencia, celebró la Asociación Médica del Dsitrito de San Juan, que preside el Dr. Félix Alfaro Díaz, una conferencia científica, la cual estuvo a cargo del Dr. Raymond J. Lutz, gastroenterólogo de la ciudad de Nueva York.

El Dr. Lutz disertó sobre el tratamiento de la úlcera péptica.

* * *

Para el día 12 de febrero ha sido fijada la asamblea anual del distrito de San Juan, en la cual, además de la elección de los funcionarios para el año 1945, se llevará a efecto ua conferencia científica.

El conferenciante de esta ocasión lo será el Dr. Enrique Koppisch, quien disertará sobre: "Estudios sobre el Tifus exantemático en Puerto Rico."

Cursillo Postgraduado en Medicina Psicosomática

Del 20 de febrero al 1º de marzo se celebrará en el salón de actos de la Escuela de Medicina Tropical, bajo los auspicios de la Asociación Médica de Puerto Rico, un cursillo postgraduado sobre medicina psicosomática.

Este cursillo, que ha sido posible gracias a la cooperación del Director de la Escuela de Medicina Tropical, estará a cargo del Dr. Leland F. Hinsie, Profesor de Psiquiatría del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, y constará de las siguientes conferencias:

"General Introduction to Psychosomatics", martes 20 de febrero a las 8:00 de la noche.

"Varieties of psychosomatic syndromes", miércoles 21 de febrero, a las 8:00 de la noche.

"The person in the body", viernes 23 de febrero, a las ocho de la noche.

"Personality types and psychosomatic states", lunes 26 de febrero, a las ocho de la noche.

"Psychoneuroses", martes 27 de febrero, a las ocho de la noche.

"Psychoses", miércoles 28 de febrero, a las ocho de la noche.

"Psychotherapy for the practitioner", jueves 1º de marzo a las 8:00 de la noche.

"Psychotherapy for the practitioner", viernes 2 de marzo, a las 8:00 de la noche.

Se invita cordialmente a todos los miembros de la Asociación para que aprovechen esta oportunidad que les ofrece la Escuela de Medicina Tropical y la Asociación Médica de Puerto Rico para refrescar sus conocimientos.

Asociación de Salud Pública de Puerto Rico

Del 14 al 18 de febrero se celebrará en los salones de la Escuela de Medicina Tropical la asamblea anual de la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico, a la cual ha sido invitado un nutrido grupo de distinguidos compañeros de la América Latina. Durante el transcurso de dicho acto habrán de discutirse importantes problemas de salud pública.

El presidente de la Asociación de Salud Pública, Dr. Oscar Costa Mandry, ha cursado una muy cordial invitación a to-

dos los miembros de la Asociación Médica, y el BOLETIN se complace en exhortarles para que asistan a todas y cada una de las reuniones de carácter científico, que prometen ser de gran interés para todo médico interesado en los problemas de salud de nuestro pueblo.

Distinguido visitante

Se encuentra de visita en nuestra isla desde el día 25 del mes en curso, el distinguido colega Dr. Raymond J. Lutz, Jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital San Vicente, de la ciudad de Nueva York, y miembro de la Asociación Nacional de Gastroenterología.

El Dr. Lutz, además de dictar conferencias en su especialidad en el domicilio de la Asociación Médica y en la Escuela de Medicina Tropical, ha dado pasos para antes de su regreso al Norte dejar establecido en nuestra isla un capítulo de la "National Gastroenterological Association."

Reiteramos nuestro cordial saludo a tan distinguido huésped y deseamos que disfrute a plenitud de su permanencia en Puerto Rico.

PERSONALES

Compañeros que estudian

En el transcurso del mes de enero hemos recibido noticias de los compañeros que se expresan a continuación, y quienes se encuentran en el Norte cursando estudios avanzados:

Dr. Carlos A. Domínguez—cursa estudios en cirugía en el Garfield Memorial Hospital, en Washington, D. C.

Dr. Alberto L. Mejía — cursa estudios en urología en el Cleveland Clinic Hospital, Cleveland, Ohio.

Dr. Miguel Alonso — cursa estudios en otorrinolaringología en el Departamento de Otolaringología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Washington, St. Louis, Mo.

Dr. Ramón Maldonado Quiñones—cursa estudios en oftalmología en la ciudad de Nueva York.

Dr. Ramón M. Suárez—observa el trabajo que se realiza en el Instituto de Cardiología de México.

Dr. A. Navas

El día 16 del mes en curso falleció en esta capital la Sra. Gloria Albandoz de Navas, esposa amantísima del querido amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

La dirección del BOLETIN reitera por medio de estas líneas su expresión de sentida condolencia al querido amigo y a los demás deudos de la distinguida dama fenecida.

Dr. Ernesto Quintero

En fecha reciente falleció en esta capital, víctima de un accidente, el joven Ernesto Quintero Blondet, hijo mayor de nuestro buen amigo el Dr. Ernesto Quintero y de su esposa doña Margarita Blondet de Quintero.

Reciban el amigo Quintero y su distinguida esposa, la expresión de nuestra sentida condolencia por la temprana desaparición de su querido hijo.

Dr. Antonio R. Reyes

Guarda cama en una clínica de Santurce, con motivo de un accidente, el querido colega cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Hacemos votos sinceros por el total y

pronto restablecimiento del amigo y compañero.

Compañeros que regresan

Entre los compañeros que han regresado del extranjero, en fecha reciente, se encuentran los siguientes:

Dr. Enrique Koppisch — quien se ausentó en compañía de su esposa en septiembre del año pasado, para dictar una serie de conferencias en el Instituto Médico del Ejército de los Estados Unidos, en Washington.

Dr. Ernesto Quintero—quien permaneció en el Continente alrededor de dos meses haciendo gestiones relacionadas con la División de Enfermedades Venéreas que dirige en el Departamento Insular de Sanidad.

Dr. E. García Cabrera—que estuvo ausente de nuestro país por espacio de cuatro meses en viaje de placer y estudios.

Dr. Eduardo R. Pérez—quien durante los últimos tres meses cursó estudios en otorrinolaringología en la ciudad de Nueva York.

Dr. Miguel F. Godreau — después de cursar estudios en oftalmología por un período de tres meses en el Continente.

Dr. E. Martínez Rivera — quien en unión de su esposa asistió al Congreso sobre Tuberculosis celebrado recientemente en la Habana. El Dr. Martínez Rivera asistió a dicho Congreso como miembro de la delegación por los Estados Unidos.

Dr. Ernesto C. Martínez—después de un año de estudios en la Clínica Lahey de Boston.

Dr. Leandro López de la Rosa — después de una ausencia de aproximadamente seis meses, durante la cual ejercía su profesión en la ciudad de Nueva York.

Nuevos miembros

Recientemente fueron admitidos a formar parte de nuestra agrupación los siguientes compañeros:

Dr. Enrique Pérez Santiago, de San Juan; Dr. José R. Fuertes, de Santurce; Dr. J. R. Passalacqua, de Santurce; Dr. José A. Peña, de Cayey; Dr. Daryl M. Parker, de San Juan.

En días recientes han hecho solicitud de admisión los siguientes colegas:

Dr. Mariano C. Caballero, de Santurce; Dr. Benigno T. González, de Santurce; Dr. Enrique Ramos Elvira de Río Piedras.

NOTICIAS MEDICAS DEL EXTRANJERO

Segundo Congreso Inter-americano de Radiología

Nuestro querido amigo el Dr. Isaac González Martínez, ha hecho llegar a nuestro poder la siguiente nota, que a su vez le fuera remitida por el Dr. Pedro L. Fariñas, presidente del Congreso a que se refiere la misma:

"Hacemos llegar por este medio a todos los radiólogos de Puerto Rico nuestra más cumplida invitación para que se inscriban en el Segundo Congreso Interamericano de Radiología que ha de celebrarse en la Habana del 19 al 24 de enero de 1946. Este Congreso aspira a reunir la representación de los radiólogos de todos los países americanos con el mayor número posible de sus miembros. En él se organizará definitivamente el Colegio Inter-americano de Radiología que será el instrumento natural para mejorar el in-

tercambio científico y las relaciones entre los radiólogos de nuestro Continente.

"La parte científica del Congreso constará de cuatro Ponencias Oficiales y de sesiones generales con trabajos libres de Radiología y además de una extensa exhibición científica.

"Le rogamos que contribuya al éxito de este Congreso que ha de redundar en positivos beneficios para el progreso de la Radiología de las Américas aportando al mismo su contribución personal.

"Para todo lo relacionado con la inscripción e informaciones del Congreso, diríjase a sus Oficinas en la Habana, calle 23 No. 411 Vedado. Avísenos enseguida su intención de asistir al Congreso para hacerle las reservaciones necesarias y su aporte a las sesiones científicas o a la exposición para incluir en el programa."



¿ES NECESARIA LA FLEXIBILIDAD?

● Las exigencias nutritivas varían con cada niño, según la edad y su estado de salud. De ahí que la adaptabilidad a las fórmulas establecidas *sea* una cualidad necesaria si se desea que un alimento infantil substituya con éxito la leche materna.

Ocurre con demasiada frecuencia que el alto contenido fijo de carbohidrato en un alimento infantil, impide las modificaciones necesarias en las fórmulas, y con esto le quita la flexibilidad esencial para satisfacer las diversas exigencias nutritivas de la infancia.

DRYCO tiene un contenido moderado de lactosa (5.7%), el cual permite al médico completa libertad para recetar cualquier cantidad adicional de carbohidrato y la forma de carbohidrato que él, según su diagnóstico personal crea conveniente.

Además de este nivel moderado de carbohidrato, tiene Ud. la práctica relación de 2.7 a 1 de alto contenido de proteína y bajo contenido de grasa, la cual contribuye a la flexibilidad cuando el alimento tiene que satisfacer las exigencias nutritivas de niños mal alimentados, convalecientes o prematuros, así como niños normales.

Esta flexibilidad permite el uso de un alimento básico, DRYCO, con o sin carbohidrato adicional. Tal flexibilidad explica en parte, por qué durante más de 25 años, los médicos han recetado DRYCO como la solución práctica de casi todos los problemas que presenta la alimentación infantil.

DRYCO

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL



Distribuidor para Puerto Rico

HERMAN FLORES, Edificio Padín, San Juan, P. R.

ELIXIR

ANTI-ANEMICO
EXCELENTE Y
COMPLETO

NEO-IRON COMPLEX

DESCRIPCION: Cada 30 cc. contienen Sulfato de Hierro Ferroso 0.2236 gm., Citrato de Hierro 0.04 gm., Sulfato de Cobre 0.0005 mg., Concentrado de Hígado Total equivalente a 22 gm. de Hígado Fresco y Complejo de Vitamina "B" como sigue:—HCl Tiamina 1 mg., Riboflavina 2 mg., Niacinamida 10 mg., Piridoxina 1 mg., Pantotenato de Calcio 1 mg. en un vehículo de elixir de carne, pepsina y glicerina agradablemente aromatizado

SE SUPLE EN FRASCOS DE OCHO ONZAS FLUIDAS

Producto de

AFLEG LABORATORIES

SAN JUAN, PUERTO RICO

kalak

REG. U.S. PAT. OFF.



With the coming of the heated season KALAK has the capacity of relieving conditions due to heat-effects, the basis of many complaints. It is refreshingly delicious, sparkling, alkaline.

A post-card to us signed by the doctor will bring him our cards giving accepted clinical laboratory normal data, gratis.

KALAK WATER COMPANY OF NEW YORK

30 Rockefeller Plaza - New York 20

Distributed by

RODOLFO BERNAL

San Juan, Puerto Rico

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL
(Organizada en 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología; bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos urológicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico físico; interpretación roentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifilología; neurología; terapia física; instrucción continua en diagnóstico cistoendoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatorias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

MEDICINA PRACTICA

Instrucción completa en aquellas materias que son de particular interés al médico en la práctica general. El curso cubre todas las ramas de la Medicina y Cirugía.

RADIOLOGIA

Revisión comprensible de los conceptos de física y altas matemáticas necesarios, interpretación de placas, todos los procedimientos diagnósticos de uso standard, métodos de aplicación y dosis de radioterapia, radium y rayos X; procedimientos fluoroscópicos standard y especiales. Revisión de lesiones dermatológicas y tumores susceptibles de radioterapia, así mismo con los métodos y cálculos de dosis en los tratamientos. Especial enseñanza de los más nuevos métodos diagnósticos por medios de contraste (broncografía) al lipiodol, uterosalpingografía, visnalización de las cámaras cardíacas, insuflación perirenal y mielografía. Se incluyen, instrucciones sobre disposición y dirección de departamentos radiológicos.

FISIOTERAPIA

Lecciones didácticas y aplicaciones clínicas activas de todos los métodos actuales de fisioterapia en medicina interna, cirugía traumática y general, ginecología, urología, dermatología, neurología y pediatría. Demostraciones especiales de electrocirugía menor, electrodiagnóstico, piretoterapia, hidroterapia (incluyendo terapia colónica) actinoterapia.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

MEDICAL EXECUTIVE OFFICER: 345 West 50th St., New York City

HEPARENTOL

Solución parentérica de Extracto de Hígado Total con Vitamina B_1
5 cc. representan 2000 UI de Vitamina B_1 y 100 grms. de Hígado Fresco

Combinación excelente en el tratamiento de la anemia perniciosa y anemias secundarias atípicas en las que la acción hematopoyética del hígado es deseable.

DOSIS: 5 cc. inyectados en la región glútea bajo la dirección del médico.



100 cc. 50 cc 10 cc. 5 cc.

Distribuidores: PELEGRINA & LLORENS, Salvador Brau 70, San Juan.

Producto de **AFLEG LABORATORIES** San Juan, P. R.

EL CALOR HUMEDO EN LOS MALES RESPIRATORIOS

Resfriados del pecho - Bronquitis Pleuresía - Pulmonía

El calor húmedo de una cataplasma de ANTIPHLOGISTINE es valioso para mitigar muchos de los molestos síntomas que acompañan las afecciones del aparato respiratorio.

DOLOR MUSCULAR Y PLEURITICO
TENSION RETROESTERNAL
PECHO ADOLORIDO
TOS

La ANTIPHLOGISTINE es una cataplasma medicinal que viene ya lista para usarse— retiene el calor húmedo durante muchas horas.

Antiphlogistine

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NUEVA YORK

Francisco Garratón, S. en C., Apartado 1541, San Juan.

Técnica del Tratamiento con

·A·M·P·H·O·J·E·L·

Gel Coloidal de Hidróxido de Aluminio, Wyeth

IMINISTRACION ORAL

osis normal es: Dos cucharaditas de AMPHOJEL disueltas en un poco de agua, inistradas cinco o seis veces al día y al acostarse. En el tratamiento de la ra es esencial que el medicamento sea tomado frecuentemente y por un período empo prolongado.

aciente debe tomar frecuentemente "dietas blandas", y comidas limitadas.

ADMINISTRACION INSTILATORIA GASTRICA



L es asequible en frascos azules de 175 c.c.

Se disuelve el AMPHOJEL en tres partes iguales de agua, instilándose contínuamente esta solución dentro del estómago por medio de una sonda esofágica a un promedio de 15 gotas por minuto. El aparato instilatorio AMPHOJEL es asequible en muchos hospitales. Esta procedimiento es usado en los casos de úlcera hemorrágica.



N WYETH & BROTHER, INCORPORATED

Fabricantes de Productos Farmacéuticos de Alta Calidad Desde 1860

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

CLEVELAND JERSEY CITY DURBAN LONDRES SYDNEY BUENOS AIRES X572B

IMPRESO EN E. U. A.

Los Especialistas Concuerdan en que el **AMPHOJ**

Es el Tratamiento Preferido para la

ULCERA PEPTICA

Literatura médica recientemente publicada informa de más de 1,000 casos de úlc péptica tratados con éxito con la administración de gel coloidal de hidróxido aluminio, evidenciándose en esos trabajos, como las más sorprendentes, las siguien características del AMPHOJEL:

1. Rápido alivio del dolor;
2. Rápida cicatrización de la úlcera;
3. Imposibilidad de que su uso produzca alcalosis;
4. Exito donde otros métodos de tratamiento han fracasado, y
5. Excelentes resultados en casos de úlcera hemorrágica.

En uno de esos trabajos se informa que de 101 pacientes de úlcera péptica hemorr gica tratados con AMPHOJEL, todos mejoraron con la excepción de tres casos. l terapia con AMPHOJEL se ajusta perfectamente a la rutina normal establecida los casos de úlcera péptica.

Siendo el AMPHOJEL eficaz y seguro en el tratamiento prolongado requerido en l casos de úlcera péptica, lógicamente resulta también ideal para el control de simple hiperacidez.



Las radiografías demuestran cómo la úlcera péptica cicatriza rápidamente con el uso de AMPHOJEL.



La hiperacidez es prontamente controlada con AMPHOJEL.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATE

Fabricantes de Productos Farmacéuticos de Alta Calidad Desde 1860

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

CHICAGO CLEVELAND JERSEY CITY DURBAN LONDRES SYDNEY BUENOS A

THESODATE (Brewer)

Definition: Thesodate (Brewer) is the original ENTERIC COATED tablet of Theobromine Sodium Acetate.

Indications: Thesodate (Brewer) is indicated in the treatment of coronary artery disease, edema, and hypertension.

Distribution: Thesodate (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
*Thesodate, 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

Dose: One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION:

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G., Arch. Int. Med., Vol. 60, page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F., J. A. M. A., Vol. 109, page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E., Am. H. Jour., Vol. 19, page 639, Number 6, June, 1940.

* Thesodate, 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, INC. **Worcester, Mass., U.S.A.**

Pharmaceutical Chemists Since 1852

HERISAN

(MARCA REGISTRADA)

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" Y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA:			
50,000 U. I. de Vitamina A			
6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo		10 gramos
Acido Bórico			2 gramos
Oxido de Zinc			15 gramos
Talco			15 gramos
Vehículo			58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

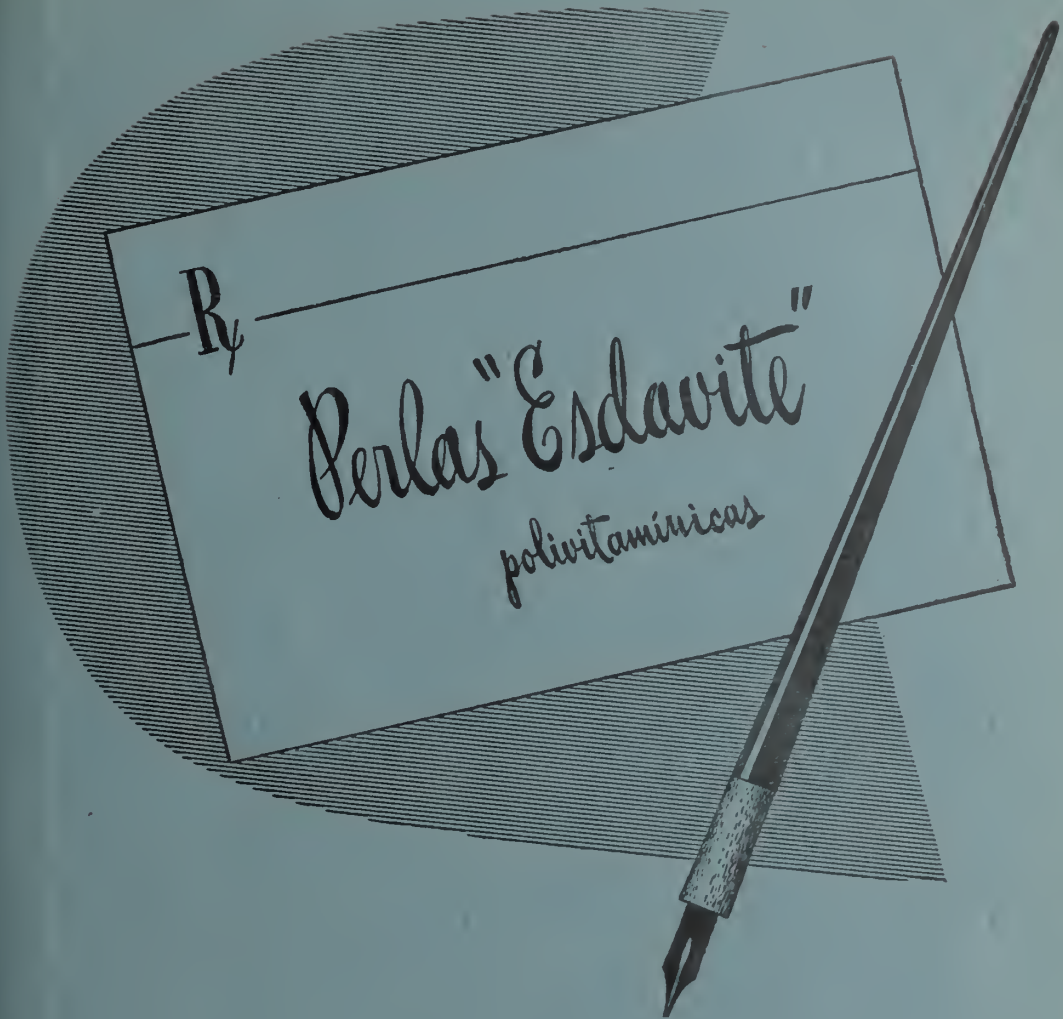
Para aplicación local en: HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, etc.

Preparado por

ANDROMACHUS CORPORATION

22 East 49th Street. New York 1s-17, N. Y.

Distribuidor: **E. VELEZ POSADA**, Plaza de Colón, San Juan.



Cada perla "esdavite" contiene todas las vitaminas principales y de más importancia para los procesos metabólicos del organismo, en una fórmula bien equilibrada y de alto tenor vitamínico A, B_1, B_2 (G), C y D. Por su fácil digestibilidad y rápida asimilación, las perlas "esdavite" son las preferidas para la terapéutica enérgica de las entidades patológicas provocadas por avitaminosis. Dosis profiláctica: 1 perla al día.

Presentación: En frascos de 25 y 100 perlas. **Sharp & Dohme, Philadelphia, E.U.A.**

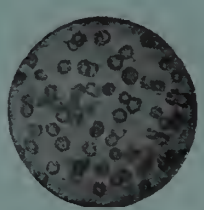
PERLAS "ESDAVITE" POLIVITAMINICAS

PARA UNA HEPATOTERAPIA EFICAZ

Pocos productos han contribuído más a la salud pública que las preparaciones hepáticas, todas las cuales tuvieron su comienzo en el Extracto de Hígado No. 343 original, introducido a la profesión médica por los representantes del servicio médico Lilly en 1928. Varias formas de extracto de hígado actualmente son oficiales en la Farmacopea de los Estados Unidos. Otras fueron incluídas en la última edición de la obra "New and Nonofficial Remedies." Y todavía otras, que por varias razones no aparecen en ninguna de estas publicaciones, disfrutan de gran aceptación. Sin duda, nuevos y mejores productos seguirán apareciendo.

La línea Lilly de preparaciones hepáticas es tan extensa que el facultativo no tiene que salirse de ella para llenar adecuadamente todas las necesidades clínicas. Entre los productos inyectables figuran los siguientes:

PRODUCTO	DOSIS DIARIA
Solución Extracto de Hígado No. 343, 1 unidad F.E.U. inyectable por cc. . . .	1 cc.
Solución Extracto de Hígado Concentrada, 2 unidades F.E.U. inyectables por cc. . .	1/2 cc.
Solución Extracto de Hígado Purificada Lilly, 5 unidades F.E.U. inyectables por cc. . .	1/5 cc.
Solución Extracto de Hígado Purificada Lilly, 10 unidades F.E.U. inyectables por cc. .	1/10 cc.
Solución Extracto de Hígado Purificada Lilly, 15 unidades F.E.U. inyectables por cc. .	1/15 cc.
'Reticulogen' (Extracto de Hígado Parenteral con Vitamina B_1, Lilly)	1/20 cc.



ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION

Indianapolis 6, Indiana, E.U.A.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

AÑO XXXVII FEBRERO, 1945 NUMERO 2

SEP 7 1945

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO



P. O. Box 3081 - San Juan, P. R.

SUMARIO

Página

La Penicilina — Su descubrimiento, purificación y acción terapéutica, P. Morales Otero, M. D., San Juan, P. R. -- 45

Treatment and Management of Peptic Ulcer, J. Raymond Lutz, M. D., New York City ---------- 50

Malaria Eradication by Breaking the Sporogonic Cycle of the Plasmodium — Preliminary Note, Jorge Bird, M. D., Santurce, P. R. ---------- 56

Informe del Secretario de la Asociación Médica de Puerto Rico — Año 1944 ---------- 58

Informe del Comité de Relaciones Públicas de la Asociación Médica de Puerto Rico — Año 1944 ---------- 66

NOTAS EDITORIALES

Legislación de Privilegio ---------- 69

Nota Necrológica ---------- 70

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del mes ---------- 71

Asociaciones de Distrito ---------- 71

Dr. Leland E. Hinsie ---------- 72

Asociación de Salud Pública ---------- 72

National Gastroenterological Society ---------- 72

Personales ---------- 73

Página del Auxilio Médico Mutuo ---------- 74

Fondo Pro Mejoras al Edificio ---------- 75

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

(Publicación Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico)

Avenida Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, Puerto Rico

DR. E. MARTINEZ RIVERA
Editor y Administrador

Editores Asociados

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. A. M. MARCHAND
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

El BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO es el órgano oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico. Se publica el día último de cada mes, constando cada volumen de 12 ediciones.

Los trabajos originales deben ser enviados al Editor-en-Jefe, Apartado de Correos 3866, Santurce 29, Puerto Rico, o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); año; volumen y página. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Si el artículo viene acompañado de ilustraciones, debe indicarse en el texto el sitio donde se desea que sean éstas intercaladas. Al dorso de cada ilustración debe hacerse constar claramente el título que deberá acompañarla.

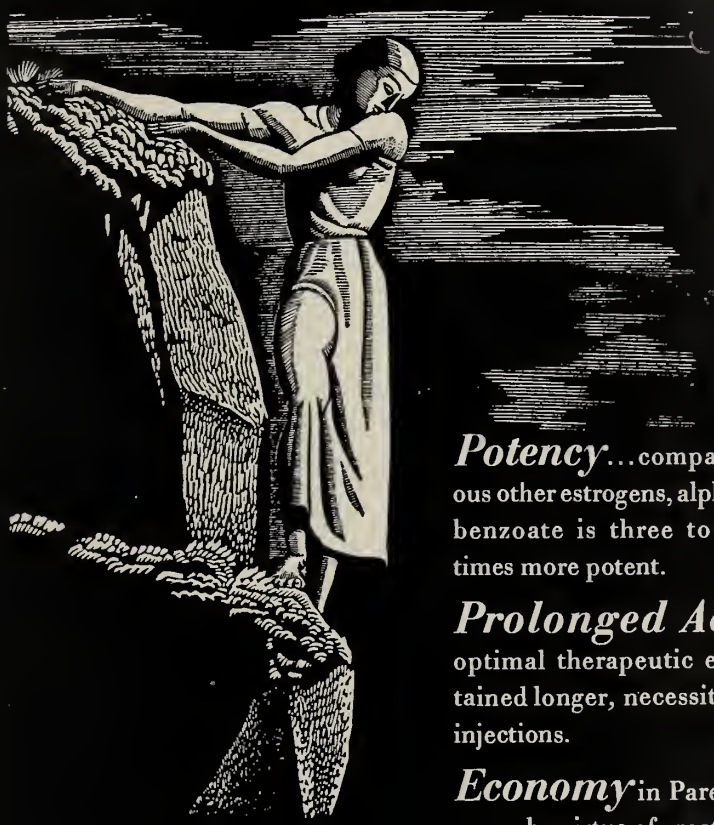
No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Editor-en-Jefe.

Información en relación con anuncios será suplida a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio estará sujeto a la aprobación del Editor-en-Jefe.

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Puerto Rico under the act of August 24, 1912.

PROGYNON-B



Potency...compared to various other estrogens, alpha-estradiol benzoate is three to thirty-five times more potent.

Prolonged Action... optimal therapeutic effects maintained longer, necessitating fewer injections.

Economy in Parenteral Therapy...by virtue of greatest potency and prolonged action.

"Non-Toxic in Extremely High Single and Accumulative Dosage."

SCHERING CORPORATION BLOOMFIELD•NEW JERSEY

FOR VICTORY AND AFTER: BUY U.S. WAR BONDS

Distribuidor: CESAR CASTILLO, Tetuán 10, San Juan, P. R.



Más de 1000 artículos publicados durante los últimos años en las más importantes revistas médicas del mundo, acreditan el SULFATO de BENZEDRINA como un agente de positivo valor terapéutico en el tratamiento coadyuvante, no solamente de los estados mentales depresivos, sino también como un poderoso auxiliar en la terapia del alcoholismo crónico y de la obesidad.

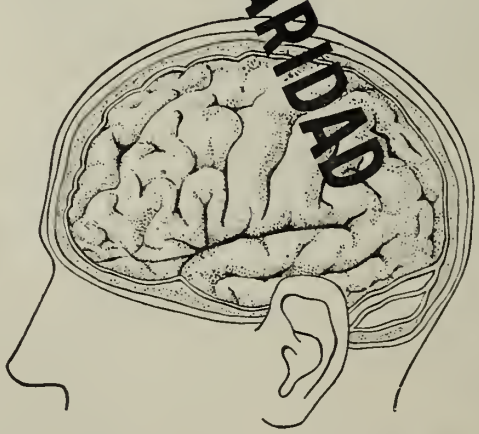
A su petición le enviaremos directamente literatura, posología y muestras sobre este producto.

EN la terapia coadyuvante de los estados de depresión mental simple, tan frecuentemente acompañados con la "fatiga crónica" (tan bien descrita por el famoso Dr. Alvarez de la Clínica de los hermanos Mayo), la profesión médica tiene en el Sulfato de Benzedrina un estimulante eficaz del sistema nervioso central, capaz de producir todos, o algunos de los siguientes efectos:

I. Aumentar la actividad mental, el interés y la accesibilidad.

II. Aumentar los sentimientos de autoseguridad, autobienestar y optimismo.

III. Estimular la acción psico motora; aumentando la capacidad para el esfuerzo físico y mental.

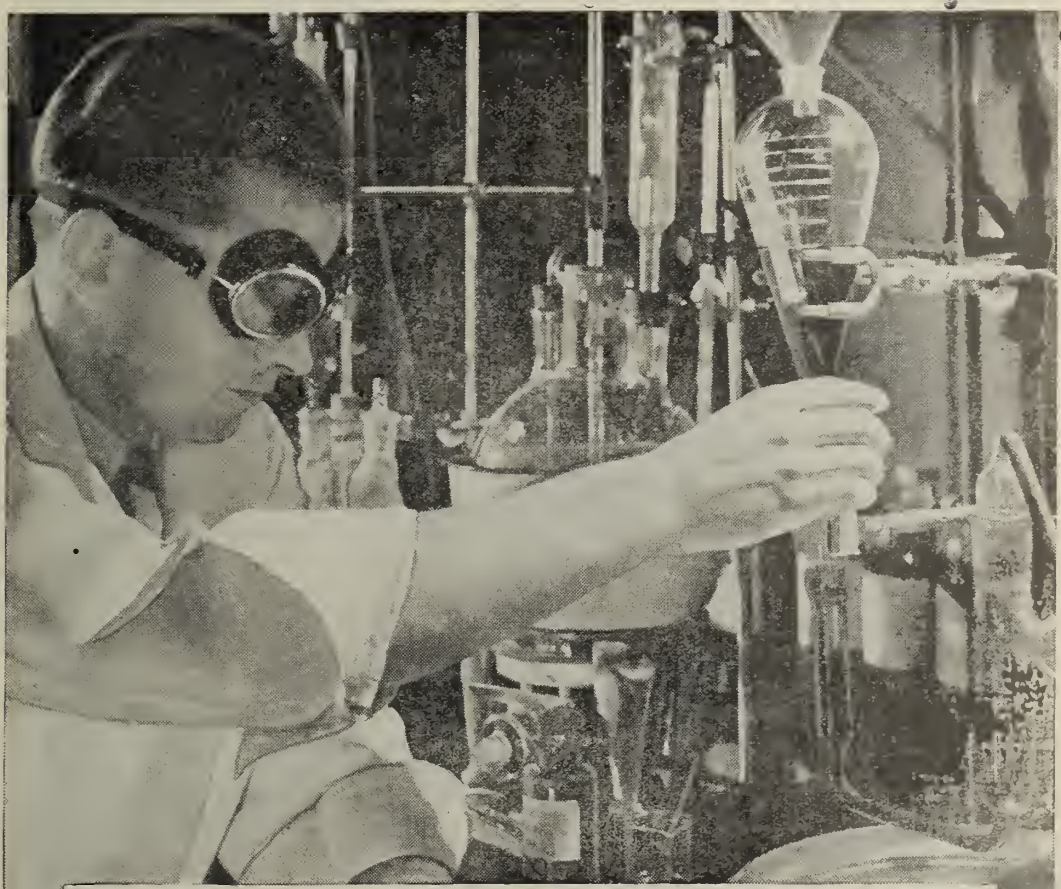


TABLETAS DE SULFATO DE BENZEDRINA

SKF 1841 1944

LABORATORIOS SMITH, KLINE & FRENCH
FILADELFIA, PA., E. U. A.

MAS DE 100 AÑOS SIRVIENDO A LA PROFESION MEDICA



se destaca por...

RIGUROSA INVESTIGACION CIENTIFICA

Como norma principal MERCK & Co., Inc., se ha impuesto, desde sus comienzos en 1818, el dedicar atención preferente a la investigación. Hoy, cientos de hombres de ciencia aportan su valiosísima labor trabajando en los Laboratorios MERCK. Como resultado, cuanto producto lleva esta marca es producto de completa confianza.

Sea usted médico, químico, farmacéutico o fabricante, escríbanos y le remitiremos información detallada sobre nuestros productos y sus precios.

MERCK & Co., Inc.

QUIMICOS • MANUFACTUREROS

Rahway, New Jersey, Estados Unidos de América

¿Quién con frecuencia picarescos guiños
de contento y salud hace sonriente?
¿Quién por su gran vigor
pasma a la gente?
¡La criatura que toma diariamente,
de CLAPP'S el ALIMENTO PARA NIÑOS!



¿DE dónde viene la popularidad de los ALIMENTOS CLAPP'S PARA NIÑOS? Se explica: Por lo pronto, se elaboran según las especificaciones de especialistas en nutrición infantil. Además, aparte de digerirse fácilmente, tienen sabor grato al paladar de los nenes. Y los alimentos CLAPP'S hacen sencillísima para las mamás la alimentación de sus bebés, sin dejar nada al azar.

EL INSTANT CEREAL de CLAPP'S y la AVENA INSTANT abundan en vitaminas B_1 y B_2 (G) y en el hierro y calcio que ayudan a robustecer los cuerpecitos infantiles. Como vienen ya cocidos, no hay más que añadirles agua o leche para servirlos en unos cuantos segundos.

Los ALIMENTOS COLADOS (strained) CLAPP'S se cuecen científicamente a fin de impedir que pierdan sabor y valor nutritivo. Hay 18 variedades — legumbres, frutas y sopas—que enseñan al niño a gustar distintos sabores en su alimentación.

Los ALIMENTOS CLAPP'S "JUNIOR" se destinan a niños más creciditos y ofrecen gran variedad de bien equilibrado sustento. Entre sus 15 variedades hay *platos combinados* de vegetales y carne que contienen hasta 10 substancias esenciales en una sola porción.



ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN. Council on Foods

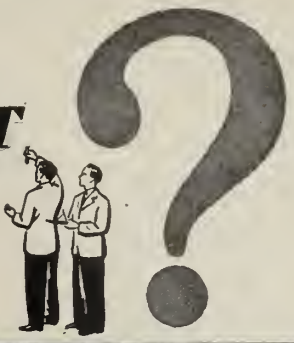
Con dieta de CLAPP'S, *su nene* crecerá sano y contento.

ALIMENTOS PARA NIÑOS CLAPP'S

INSTANT CEREAL	INSTANT OATMEAL	STRAINED FOODS	JUNIOR FOODS
PRE-COOKED	PRE-COOKED	18 VARIETIES	15 VARIETIES

Distribuidor para Puerto Rico: FRANCISCO N. CASTAGNET
Tanca 1, San Juan, P. R.

What Are
THE MOST POTENT
Androgenic Substances



Pure synthetic testosterone propionate
PERANDREN*
most effective androgen for parenteral injection

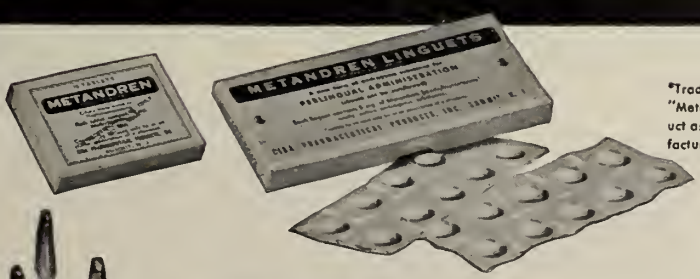


Orally active form of methyltestosterone
METANDREN* TABLETS
most potent androgen for ingestion therapy.



Methyltestosterone in linguets for slow absorption
METANDREN LINGUETS*
most potent androgen for sublingual use.





*Trade Marks Reg. U. S. Patent Office. "Metandren Linguets" identifies the product as methyltestosterone of Ciba's manufacture, for sublingual administration.



Ciba PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC.
SUMMIT NEW JERSEY
CANADIAN BRANCH: MONTREAL, QUEBEC
TOMORROW'S MEDICINES FROM TODAY'S RESEARCH

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc.
Salvador Brau 70 — San Juan 17, P. R.



Agente: RAFAEL A. VILLAMIL, Apartado 530, San Juan, P. R.

En la Alimentación Infantil

LO QUE CUENTA ES EL RESULTADO

POR ESO, EL MEDICO DE BUEN CRITERIO RECOMIENDA S. M. A.

S. M. A. se asemeja a la leche materna—química y físicamente. Los resultados nutritivos obtenidos en niños alimentados con S. M. A.—crecimiento normal, aumento normal de peso, plenitud de los tejidos, configuración ósea y hasta las características de los excrementos—son tan parecidos a los que se obtienen con la alimentación con el pecho que a veces hasta pedíatras con mucha experiencia no los pueden distinguir.

Recete S. M. A.

Para Tener Niños Sanos y Felices

S.M.A. CORPORATION
CHICAGO, ILLINOIS, E. U. A.

Agentes de Exportación
JOHN WYETH & BROTHER, INC.
PHILADELPHIA, PENNSYLVANIA, E. U. A.
[illegible], INGLATERRA SYDNEY, AUSTRALIA WALKERVILLE, CANADA

Distribuidores:
CASTAGNET & CASTILLO CO.
P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

Impreso en E. U. A.

SIMPLIFIQUE SUS PROBLEMAS D
ALIMENTACION INFANTIL USAND
S.M.A.

Tres pasos—tan sencillos que cualquier madre puede seguir sus instrucciones fácilmente—es todo lo necesario para preparar S. M. A.

1 Se mide el polvo S. M. A. y se introduce en el biberón (dentro de cada lata de S. M. A. hay una medida).

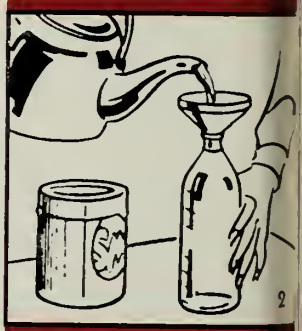
2 Agréguese la cantidad requerida de agua tibia previamente hervida.

3 Tape el biberón y agítese hasta disolver la mezcla.



Hecho esto, S.M.A. está lista para la alimentación. La posibilidad de equivocarse al preparar la fórmula para el niño queda prácticamente eliminada.


1


2


3

FS2, 1–40, Spanish

PERIODO INFLAMATORIO



En el período inflamatorio, la circulación linfática, desempeña un papel importante, pues la actuación de los leucocitos en el fenómeno de la diapédesis, que se verifica en este proceso, originado por el ataque al organismo de algún agente patógeno cuya puerta de entrada puede ser por vía ematógena o favorecida por el traumatismo.

NUMOTIZINE, por la acción farmacodinámica de los elementos que constituyen su fórmula, ayuda al proceso ya sea localizándolo o favoreciendo su absorción. Además, es un coadyuvante del dolor, que generalmente se presenta en estos estados.

NUMOTIZINE

Cataplasma Analgésica y Descongestiva

INDICACIONES:

Furunculosis, Contusiones, Torceduras, Afecciones Ligeras Del Arbol Respiratorio, Linfadenitis, Epididimitis, Orquitis, Mastitis, Neuritis, Neuralgía y Artritis.

NUMOTIZINE se administra en tarros de cristal de 57, 114, 228, 425 y 850 gramos.

NUMOTIZINE, INC., 900 NORTH FRANKLIN ST., CHICAGO 10, ILLINOIS, E. U. de A.



Agente y Distribuidor exclusivo para Puerto Rico:
FRANCISCO N. CASTAGNET
Tanca 1, San Juan, P. R.

ANEMIA POR DEFICIENCIA

CAPSULAS HEMONUTRIN

Para un aumento óptimo de la hemoglobina

HIERRO

EN FORMA DE GLUCONATO

COMPLEJO B

HIGADO



COMPOSICION:	Cada Cápsula	Dosis Diaria (9 Cápsulas)
GLUCONATO FERROSO	194 mg.	1750 mg.
EXTRACTO DE HIGADO (Fracción Secundaria)	97 mg.	875 mg.
CONCENTRADO DE LEVADURA	32 mg.	292 mg.
CLORURO DE TIAMINA (B^1)	100 U.I.	900 U.I.
RIBOFLAVINA (B^2)	250 mcg.	2250 mcg.
PIRIDOXINA (B^6)	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO PANTOTENICO	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO NICOTINICO	2.5 mg.	22.5 mg.

Más el Complejo B entero contenido en el hígado y en la levadura.

Muestras clínicas y literatura se encuentran a la disposición de la profesión médica a solicitud.

Exclusive Representative:

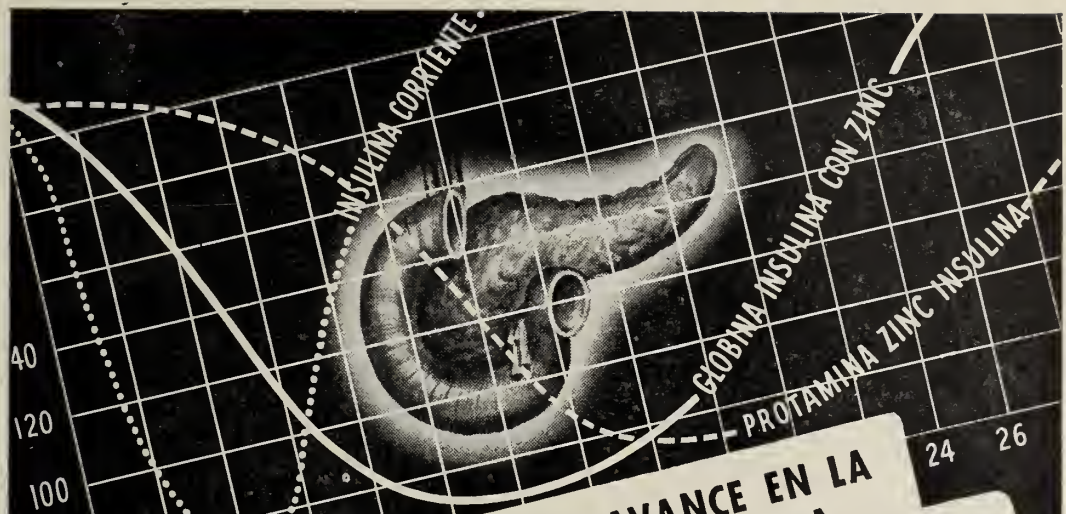
JOAQUIN BELENDEZ SOLA

56 Tetuán St. - P.O. Box 1188

San Juan 6, Puerto Rico

NION CORPORATION

LOS ANGELES NION CALIFORNIA



UN NUEVO AVANCE EN LA TERAPIA INSULINICA

Una nueva clase de Insulina es presentada a la Profesión Médica por los Laboratorios de Investigación de Burroughs Wellcome & Co. (E.U.A.), con el descubrimiento de la Globina Insulina con Zinc. Esta preparación, después de varios años de experimentación en el laboratorio y en la clínica, ha sido encontrada como:

a) Una insulina de acción pronta y prolongada.
b) Una solución clara que asegura una dosificación exacta y uniforme, y de menor efecto alergénico.
c) Una sola inyección por las mañanas es suficiente para el control adecuado de la mayor parte de los diabéticos.
d) Su acción concuerda con las necesidades fisiológicas del paciente: es máxima durante el día y desaparece lentamente cuando es menos necesitada, esto es, cuando el paciente se entrega al sueño.
e) Elimina prácticamente las reacciones nocturnas de las insulinas de acción muy prolongada, haciendo innecesaria la alimentación en la cama.

Frascos de dosis múltiples de 10 c.c. 80 unidades por c.c.



MARCA 'WELLCOME' REGISTRADA

GLOBINA INSULINA CON ZINC

UN PRODUCTO MODERNO DE

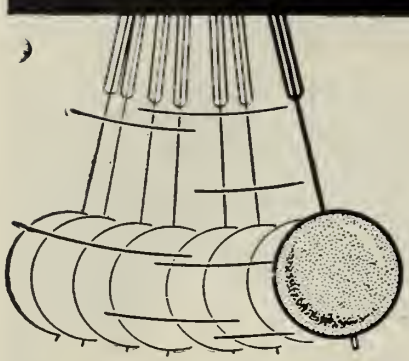
BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

Agente: RAFAEL A. VILLAMIL, Apartado 530, San Juan, P. R.

EN MENOS DE UN MINUTO



ESTA HECHO EL ANALISIS DE AZUCAR EN LA ORINA

El nuevo método

CLINITEST

• **SENCILLO • RAPIDO • SEGURO • ECONOMICO**

Sólo requiere tres facilísimas operaciones...



1 **5 gotas de orina** *más* 10 de agua.

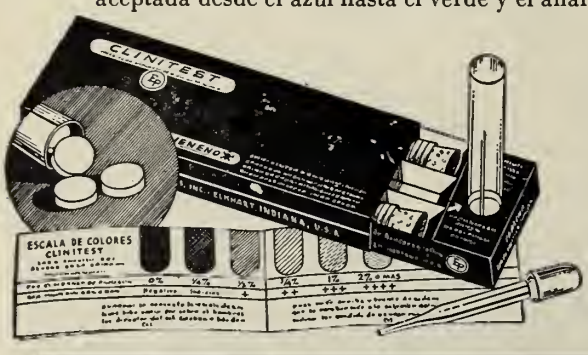


2 **Se echa la tableta.**



3 **Se compara con la escala de colores.**

Clinitest es el nuevo método, rápido, sencillo y económico, para determinar la proporción de azúcar en la orina. Está basado en una modificación de la conocida reacción de Benedict y conserva la progresión de los colores universalmente aceptada desde el azul hasta el verde y el anaranjado, indicativa de la presencia de azúcar en la orina en las proporciones de 0%, ¼%, ½%, ¾%, 1% y 2% o más.



Los juegos Clinitest se venden a precio muy módico, resultando en apreciable economía para cuantos necesitan recurrir a esta clase de análisis.

•

Hay juegos Clinitest de 50 tabletas y juegos de repuesto de 75 tabletas.

EFFERVESCENT PRODUCTS INC.

ELKHART, INDIANA, E. U. A.

AMES COMPANY, INC.

Representante para Puerto Rico: FRANCISCO GARRATON, S. en C.
Allen 85 - Apartado 1541 - San Juan, P. R.



¡DE CALIDAD SUPERIOR!

La experiencia ha demostrado que las bolsas SEAMLESS para agua caliente son realmente lo mejor que usted encuentra. Su durabilidad se debe principalmente a que ellas poseen la más sólida construcción del cuello. (Vea diagrama en círculo). Además, no hay alambre, ni cemento, ni costura que causen rezumamientos.

Las bolsas para agua caliente "SR", al igual que las irrigadoras sencillas y de combinación, llevan en su sello su garantía de calidad!

Este es sólo un grupo de la línea completa de artículos de goma, esparadrapo y vendajes quirúrgicos, algodón, gasa, etc., para farmacias y hospitales, todos los cuales llevan el sello "SR" que significa CALIDAD SUPERIOR!

FABRICANTES DE LOS
GUANTES "SR" STANDARD PARA CIRUJANOS

The **SEAMLESS** **SR** **RUBBER** Company

NEW HAVEN, CONNECTICUT
E. U. A.

Marca de Fábrica Registrada

FABRICANDO ARTICULOS DE GOMA DESDE 1877

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc., Salvador Brau 70, San Juan 17, P. R.

A LOS SEÑORES MEDICOS DE

SAN JUAN Y SANTURCE

Suplicamos tomar debida nota de los siguientes números del teléfono de nuestros gerentes a los cuales podrán llamar los señores médicos cuando tuvieran necesidad de hacer despachar recetas para sus pacientes durante las horas de la noche en que están cerradas las boticas:

Para la Farmacia en San Juan:
Sr. Rafael López Cepero, 2544 A—Santurce

Para la Farmacia en Santurce:
Sr. Alejandro Zayas, 2802 R—Santurce

Cuando esté funcionando el servicio telefónico automático estos números serán: el 2-6544 y el 2-7002, respectivamente.

J. M. Blanco Inc.
(Droguería y Farmacia Blanco)

Bacillary dysentery—

a new conquest for

SULFADIAZINE
Lederle



IN THE CONTROL of acute bacillary dysentery, SULFADIAZINE presents certain advantages over the other sulfonamides that have gained increasing recognition.

Prolonged high blood levels tend to prevent extension of the infection.

Secretions in the gut become bacteriostatic.

Bacterial growth within the intestinal mucosa tends to be inhibited.

Extensive clinical experience in military and civilian practice supports these views and indicates increasing use of SULFADIAZINE in this field.

REFERENCES:

HARDY, A. V.; BURNS, W. and DE CAPITO, T.: Pub. Health Rep. 58: 689 (Apr. 30) 1943.

HARDY, A. V. and CUMMINS, S. D.: Pub. Health Rep. 58: 693 (Apr. 30) 1943.

HALL, W. W.: Am. Drug Mfgrs. Assoc., Annual Convention, Scientific Sec., Hot Springs, Va., May 1, 1944.

Annual Reports, U. S. Pub. Health Service, 1942-43, p. 122.

PACKAGES:

Sulfadiazine Tablets, 0.5 Gm. (7.7 grains) each (grooved) Bottles of 50, 100, 1000, 5000 and 10,000 tablets.

Solution Sodium Sulfadiazine (sodium 2-sulfanilamidopyrimidine) 25% w/v solution.

Packages of 6, 25, 100 ampuls, 10 cc. each.

Specify Lederle

LEDERLE LABORATORIES INC.

A UNIT OF AMERICAN CYANAMID COMPANY

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20 NEW YORK

FOR

Basal

ANESTHESIA

BASAL anesthesia produced by the rectal instillation of a solution of Avertin with amylene hydrate generally lasts for two hours or more . . . With a relatively small dose of a supplemental anesthetic satisfactory muscular relaxation may be secured for a prolonged period . . . General anesthesia is usually maintained on a relatively high oxygen intake.

Avertin with amylene hydrate is supplied in bottles of 25 cc. and 100 cc., each 1 cc. containing 1 Gm. of Avertin and 0.5 Gm. of amylene hydrate.

AVERTIN

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of TRIBROMETHANOL

WITH AMYLENE HYDRATE

ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN.

ARMY E NAVY

WINTHROP

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK 13, N. Y. WINDSOR, ONT.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, Inc., 77 Allen St., San Juan, P. R.

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

COMITES PERMANENTES Y ESPECIALES PARA EL AÑO 1945

Científico

Dr. Ramón M. Suárez
Dr. P. Morales Otero
Dr. J. Noya Benítez
Dr. Manuel de la Pila
Dr. Nelson Perea
Dr. Luis A. Sánchez
Dr. César Domínguez
Dr. Eduardo R. Pérez
Dr. Julio A. Santos
Dr. Arturo L. Carrión
Dr. Rafael A. Vilar

Legislación

Dr. A. Fernós Isern
Dr. Manuel Pavía Fernández
Dr. Francisco M. Susoni
Dr. Leopoldo Figueroa
Dr. Blas C. Herrero
Dr. Rafael Arrillaga Torrens
Dra. Marta Robert de Romeu

Educación y Hospitales

Dr. Oscar Costa Mandry
Dr. A. Acosta Velarde
Dr. R. H. Señeriz
Dr. J. Garrido Collazo
Dr. F. Hernández Morales
Dr. Mario J. Tomasini
Dr. José N. Gándara

Salud Pública y Beneficencia

Dr. Ramón J. Sifre
Dr. Juan J. Nogueras
Dr. A. Otero López
Dr. Jesús M. Quiñones
Dr. Severo Torruellas
Dr. Domingo Nochera
Dr. J. Rodríguez Pastor

Medicina Forensé

Dr. Enrique Koppisch
Dr. A. Martínez Alvarez
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. I. Rivera Lugo
Dr. Mario C. Fernández
Dr. Félix M. Reyes
Dr. Luis R. Guzmán López

Junta Editora

Dr. E. Martínez Rivera
Dr. Guillermo Carrera
Dr. Manuel A. Astor
Dr. David E. García
Dr. M. Guzmán Rodríguez
Dr. A. M. Marchand
Dr. Ricardo F. Fernández
Dr. José Landrón
Dra. Blanca H. Trelles

Etica

Dr. José S. Belaval
Dr. Manuel Quevedo Báez
Dr. E. García Cabrera
Dr. Jorge del Toro
Dr. Guillermo M. Barbosa
Dra. Dolores M. Piñero
Dr. Manuel G. Carrera

Biblioteca

Dr. A. Rodríguez Olleros
Dr. Miguel A. Mariani
Dr. Manuel Pujadas Díaz
Dra. Charis Gould-Gulledge
Dr. M. Rodríguez Ema
Dr. Enrique Cuchí Coll
Dra. Dolores I. Méndez

Cáncer

Dr. I. González Martínez
Dr. Pedro Malaret
Dr. Luis A. Passalacqua
Dr. Roberto Francisco
Dr. José Picó
Dr. José F. Correa
Dr. Jenaro Barreras

Relaciones Públicas

Dr. Julio E. Colón
Dr. R. Fernández Marchante
Dra. Alice Reinhardt
Dr. Jeramfel Cordero
Dr. Carlos A. Quilichini
Dr. L. A. Balasquide
Dr. Augusto Perea

Esfuerzo de Guerra

Dr. Héctor A. Bladuell
Dr. Agustín R. Laugier
Dr. Guillermo Barbosa
Dr. Carlos E. Timothée
Dr. Elí S. Rojas
Dr. Antonio Ortiz
Dr. Luis R. Moczó

Ejecutivo del Club

Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Pedro Orpi
Dr. Rafael A. Blanes
Dr. Juan Sabater
Dr. H. F. Carrasquillo
Dr. José A. Seín
Dr. José Ramos Lebrón

Penicilina

Dr. J. Serra Chavarry
Dr. J. R. Ramos Mimoso
Dr. F. Asencio Camacho
Dr. Guillermo Acosta
Dr. Miguel A. Zapata
Dr. Jaime Acosta Velarde
Dr. A. Navas Torres

Auxiliar de Damas

Sra. A. I. Armstrong de Oliveras
Sra. María Herminia Díaz de Costa
Sra. María de Martínez Rivera
Sra. Rosita de Alfaro Díaz
Sra. Luz María Riera de Muñoz
Sra. Violeta T. de Rodríguez Ema
Sra. Olga Sánchez de Gándara

Pro Edificio

Dr. J. H. Font
Dr. Mario Juliá
Dr. E. Fernández García
Dr. Luis J. Fernández
Dr. Juan Homedes
Dr. Eduardo R. Pérez
Dr. Rafael Timothée

Investigaciones Médicas

Dr. P. Morales Otero
Esc. Medicina Tropical
Dr. R. A. Vonderlehr
U.S. Public Health Serv.
Dr. A. Fernós Isern
Depto. de Sanidad
Dr. Ramón M. Suárez
Comité Científico
Dr. Juan A. Pons
Asociación Médica

Enfermedades Venéreas

Dr. Ernesto Quintero
Dr. Pablo G. Curbelo
Dr. Walter A. Glines
Dr. Elías C. Segarra
Dr. José E. Dávila
Dr. Antonio R. Reyes

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

Publicado mensualmente bajo la dirección de la Junta Editora

Año XXXVII | FEBRERO 1945 | Número 2

LA PENICILINA
U DESCUBRIMIENTO, PURIFICACION Y ACCION TERAPEUTICA

P. MORALES OTERO, M.D.**

Durante la pasada guerra, el Dr. Alexer Fleming investigaba las heridas inadas y quedó impresionado por el poantibacteriano de los leucocitos. Tamobservó que los antisépticos de uso iente eran más destructivos para los ocitos que para las bacterias. En los años de la post-guerra, el Dr. Fleming ubrió la lisozima, poderoso fermento bacteriano, producido en los tejidos anos y sus secreciones. En el año , mientras el Dr. Fleming trabajaba as mutaciones de las colonias estafiicas, observó en un cultivo contami- con hongos que en las colonias estaócicas más cercanas al hongo se pro- una citólisis. Aisló entonces un cul- puro del hongo en medio de Sabou- y después hizo crecer el cultivo en nutriente ordinario, observó que el do del cultivo, diluído 500 veces, inhi- por completo el crecimiento de estafi- os y poseía, por consiguiente, una acbactericida dos o tres veces más po-, en este aspecto, que el ácido fénico .

El hongo aislado correspondía al gé- **Penicillum** y más tarde fué identifi- como **Penicillum notatum.** Las obaciones hechas en platillos de Petri demostraban que la penicilina era fácilmente difusible en agar, lo mismo que lo era la lisozima. En experimentos posteriores, Fleming probó que el gonococo, el estafilococo, el estreptococo, el neumococo, y el bacilo diftérico no crecían en las cercanías de la colonia del hongo, mientras que el crecimiento del **B. coli** y del **H. influenza** no quedaban completamente inhibidos.

Parecía, pues, evidente que la penicilina poseía una acción específica contra ciertas bacterias, pero no afectaba a otras.

En vista de sus estudios anteriores con antisépticos, procedió el Dr. Fleming a someter a comprobación la acción de la penicilina sobre los leucocitos y encontró que dicha sustancia carecía de efecto letal para los leucocitos y tampoco era tóxica al ser inyectada a animales. Por consiguiente, llegó a la conclusión de que había encontrado una "sustancia antiséptica cuya aplicación pudiera ser eficaz para inyectar en regiones o heridas infectadas con microbios sensibles a la penicilina."

Allá por el año 1929, en la Universidad de Oxford, el Profesor H. W. Florey comenzó a trabajar con la lisozima descubierta por Fleming en el 1922. En años subsiguientes consiguió purificar la lisozima y caracterizar su substrato. Más tarde se ideó un plan para estudiarse las

el Departamento de Bacteriología de la Escuela de Medicina Tropical - San Juan, P. R.

sustancias antibacterianas producidas por microorganismos. Esta labor se comenzó en la Universidad de Oxford en el año 1938 y se eligieron para iniciar las investigaciones la "piocianosa" y la penicilina. Merced a estos estudios quedó establecido que la penicilina es un ácido; que como ácido libre, en solución acuosa, es muy inestable, pero en forma de sales alcalinas y de sales alcalinotérreas es estable, con un pH entre 5 y 7. La penicilina se podía extraer en éter agitando el líquido del cultivo después de haber sido acidificado; sin embargo, una vez evaporado el éter perdía en gran parte su actividad. Más tarde fué posible preparar sales estables de penicilina agitando la solución de éter con soluciones acuosas diluídas en álcalis, de manera que el pH final quedase ajustado a 7. También pueden usarse en su extracción otros solventes como el cloroformo y el acetato de amilo.

Las sales de penicilina eran más solubles en agua que en solventes orgánicos y, por tanto, era fácil separarlas en una concentración bastante fuerte, repitiendo este procedimiento con diferentes disolventes y en un pH adecuado se pudo obtener la penicilina en alto grado de purificación y reducir simultáneamente el volumen del líquido. Las pérdidas de penicilina durante estas operaciones eran pequeñas, si las soluciones se mantenían siempre frías. Al desecar la solución final al vacío se obtuvo un preparado en forma de sal pulverulenta que conservaba su actividad antibacteriana inalterada durante mucho tiempo. Más tarde se comprobó que el preparado así obtenido dista mucho de ser químicamente puro, pues contenía aún un pequeño porcentaje de la penicilina existente originalmente en los cultivos.

En estudios posteriores se demostró que la penicilina queda destruída por los ácidos y álcalis diluídos, por metales como el zinc, el cadmio, el cobre y el mercurio y por algunos alcoholes, reactivos ketónicos y ciertos agentes oxidantes.

Las sales estables alcalinas y alcalinotérreas de la penicilina resultaron fácilmente solubles en agua y no se halló ningún catión orgánico que formase una sal relativamente insoluble con la penicilina y facilitase su purificación.

Merced al mpleo de métodos cromatográficos en los procesos de purificación, en combinación con un proceso de reducción con amalgama de aluminio, ha sido posible obtener preparados de penicilina, de los cuales pueden derivarse sales cristalinas. El preparado más puro obtenido en Oxford posee una actividad aproximada de 1,000 unidades Oxford por mg y es capaz de detener el crecimiento de determinadas bacterias, diluída en proporción 1:50,000,000. Una vez obtenida una sal de estabilidad suficiente se procedió a estudiar sus propiedades.

Sus propiedades terapéuticas demostraron ser iguales a las descubiertas por Fleming. Se observó, además, que el **Actinomycosis bovis** y el grupo de organismos anaeróbicos asociados con la gangrena eran sensibles a la sustancia. Los extractos no eran tóxicos para los animales. Los leucocitos y los cultivos de tejidos resistían grandes concentraciones de la sustancia, sin que en ellos se observasen efectos nocivos.

La sustancia es fácilmente absorbida cuando se inyecta intramuscular, o subcutáneamente y también por el intestino delgado. Al administrarla por la vía oral queda destruída por el jugo gástrico y, por la vía rectal, es inactiva por el gran número de bacterias existentes en el recto. La sustancia sale excretada en gran parte por la orina, en forma activa. También se encontró en la bilis y en la saliva,

no en las lágrimas ni en el jugo pantico.

Aunque la penicilina era fácilmente so- e y difusible, no pasaba de la sangre líquido cefaloraquídeo en cantidades eciables. Se comprobó que la penicilina bía el crecimiento de los microorganismos, pero no los destruía rápidamente como hacen los antisépticos. La respiración de las bacterias no es afectada por la penicilina, lo cual contrasta con lo que sucede con los antisépticos que, actuando sobre algunos constituyentes protoplasmáticos, causan rápidamente el cese de la respiración. El efecto bacteriostático se reflejaba en los cambios morfológicos que sufren las bacterias afectadas por la droga. La mayor parte de los antisépticos bacterianos y algunas drogas como la sulfonamida, no son activos en presencia de pus; por consiguiente, su eficacia terapéutica es muy limitada. Sobre la penicilina, en cambio, no ejercen acción inhibitoria alguna el pus, la sangre, el suero, ni los fluídos resultantes de los tejidos autolisados.

Al revés que con las sulfonamidas, el número de organismos existentes en los tejidos ejerce escaso efecto sobre el poder inhibitorio de la penicilina. De suerte que, antes de que la penicilina se usara en el hombre, ya se tenía conocimiento de sus propiedades bioquímicas. Al inyectar la sustancia en el ser humano, se descubrió que existía determinada sustancia en los preparados de penicilina impura que producía escalofríos y un rápido aumento en la temperatura. Afortunadamente, purificada la droga desaparecían sus efectos piréticos. Poco a poco pudieron, al fin, establecerse los principios del tratamiento y su dosificación adecuada.

Una vez terminados los estudios que anteceden quedaba por establecer y organizar su producción en gran escala, para poder utilizarla como producto terapéutico. Un gran escollo en este camino era la destrucción de la penicilina por las enzimas de muchas bacterias existentes en el aire. En todas las etapas del crecimiento del hongo hay que tomar grandes precauciones para evitar posibles contaminaciones. En estudios posteriores, que no han sido dados a la publicidad, se ha determinado la constitución química de la penicilina y se está actualmente trabajando en su síntesis química. De lograrse esto último, se abrirá un gran campo de estudio para nuevos productos quimioterapéuticos. Además de la penicilina se está estudiando un sinnúmero de productos antibióticos, derivados de bacterias, actinomicetos, los penicilios y los aspergilios.

En los trabajos de Oxford, para comodidad de los investigadores dentro del laboratorio, se adoptó una norma de valores puramente arbitraria, mediante la cual la unidad se definió como la cantidad de penicilina contenida en 1 cc. de determinada solución. Desde entonces se han estandardizado preparados en seco de penicilina purificada frente a la solución original, y la unidad de Oxford ha quedado adoptada como unidad de medida por la mayor parte de los investigadores. La potencia de esta unidad es tal que .01 a .02 inhibe el crecimiento de cepas sensibles de estafilococos.

A continuación vamos a copiar del informe preparado por el Dr. Chester S. Keefer, Presidente del Comité sobre Quimioterapia del Consejo de Investigación Nacional, y Consultante de la Oficina de Investigación y Desarrollo Científico, las siguientes indicaciones como guía para el uso de la penicilina:—

Indicaciones del Grupo # I

1. Todas las infecciones estafilocócicas con o sin bacteriemia:

   Osteomielitis aguda
   Carbuncos—abscesos de los tejidos blandos
   Meningitis
   Trombosis cavernosa o lateral de los senos
   Neumonía—empiema
   Carbunco del riñón
   Infecciones de heridas

2. Todos los casos de infecciones por clostridium:

   Gangrena gaseosa
   Edema maligno

3. Todas las infecciones estreptocócicas hemolíticas con bacteriemia y todas las infecciones locales graves:

   Celulitis
   Mastoiditis con complicaciones intracraneales, es decir, meningitis, trombosis de los senos, etc.
   Neumonía y empiema
   Infección puerperal
   Peritonitis

4. Todas las infecciones estreptocócicas anaeróbicas:

   Infección puerperal

5. Todas las infecciones neumocócicas de:

   Meninges
   Pleura
   Endocardio
   Todos los casos de neumonía- neumocócina resistentes a las sulfonamidas

6. Todas las infecciones gonocócicas complicadas con:

   Artritis
   Oftalmía
   Endocarditis
   Peritonitis
   Epididimitis
   También todos los casos de gonorrea resistentes a las sulfonamidas.

Indicaciones del Grupo # II

También se ha encontrado que la penicilina es eficaz en las siguientes enfermedades, pero su posición no ha sido aún bien definida:

1. Sífilis
2. Actinomicosis
3. Endocarditis bacteriana

Estados en el Grupo # III, de Valor Dudoso

La penicilina es de valor dudoso en infecciones mixtas del peritoneo y el hígado, en las cuales el organismo predominante sea de una flora gram negativa—es decir:

1. Ruptura del apéndice
2. Abscesos del hígado
3. Infecciones del conducto urinario
4. También es de valor dudoso en el sodokú o fiebre por mordedura de rata debida al estrepto-bacilo moniliformis.

Estados del Grupo # IV en los que está Contraindicada

La Penicilina está contraindicada en los siguientes casos, en los que es ineficaz:

1. Todas las infecciones bacilares gram negativas:

Tifoidea—Paratifoidea
Disentería
E. Coli
H. influenza
B. Proteus
B. Piociánico
Br. melitensis
(fiebre ondulante)
Tularemia
B. Friedlanders

2. Tuberculosis
3. Toxoplasmosis
4. Histoplasmosis
5. Reumatismo articular agudo
6. Lupus eritematoso difuso
7. Mononucleosis infecciosa
8. Pénfigo
9. Enfermedad de Hodgkin
10. Leucemia aguda y crónica
11. Colitis ulcerativa
12. Coccidiomicosis
13. Malaria
14. Poliomielitis
15. Blastomicosis
16. Iritis y Uveitis no específicas
17. Moniliasis

BIBLIOGRAFIA

ing, A. (1929) Br. Jour. Exp. Patho., 10:226
ing, A. & Maclean, I. H. (1930) Br. Jour. Exp. Patho., 11:127
ing, A. (1932) Jr. Patho. & Bact., 35:831
ing A. (1943) Lancet, 2:434
ham, E. P., Chain, E., Fletcher, C. M., Florey H. W., Gardner, A. D., Healtley, N. G. & Jenning, M. A. (1941), Lancet, 21:177
, A. M., Colebrook, L., Gibson, T., Thomson, M. L., & Foster, A. (1943) Lancet, 1:605
y, M. E. & Florey, H. W. (1943), Lancet, 1:387
Florey, M. E. & Williams, R. (1944), Lancet, 1:73
Clifton, C. E. (1943), Science, 98:69
Foster, J. W. (1943), J. Biol. Chem., 144:285
Herrel, W. E. & Heilman, D. (1943), Amer. J. Med. Sc., 205:157; 246:221
Hobby, G. L., Meyer, K. & Chaffie, E. (1942), Proc. Soc. Exp. Biol. & Med., 50:277; 50:281
Keefer, C. S., Blake, F. G., Marshall, E. K.; Lockewood, J. E. & Wood, A. B., (1943), JAMA, 122:1217

TREATMENT AND MANAGEMENT OF PEPTIC ULCER*

J. RAYMOND LUTZ, M.D., F.A.C.P.**

In any discussion on the treatment and management of gastro-duodenal ulceration it is necessary to keep in mind that we are dealing with a condition of undetermined etiology. Although several contributing or influencing factors have been known for a long time, no specific method but many systems of treatment have been devised most of them depending on variations of the same fundamental principles. Furthermore, in the case of duodenal ulcer it is difficult to determine when a permanent cure has been obtained rather than a remission. Thus, the statistics on the curability of duodenal ulcer may be very misleading and of little value unless the cases have been carefully followed for several years as to symptomatic and X-ray evidence of recurrence. Various writers claim 70 to 90% 1 year "cures" but such recognized authorities as Jordan and Kieffer state that only 54% are symptoms free after 5 years and Crohn says there are 50% recurrences in 1 to 4 years, 41.2% well after 3 years and only 27% after 4 years.

The primary cause of ulcer has not been determined. Several theories have been advanced on the basis of traumatism or local degeneration of the mucosa which allows peptic digestion of the injured area. Chief among these theories are:

1. The vascular
   (a) embolic
   (b) thrombotic
   (c) spasmodic
2. Bacterial
3. Neurogenic
4. Allergic
5. Deficiency disease.
6. A complication of chronic gastritis.

In a recent issue of the Journal of the A.M.A. Stewart and Harold Wolf described their direct observations on the reactions of the gastric mucosa through a gastrostomy stoma and I believe for the first time produced an experimental gastric ulcer in man. If their work represents the true etiology of ulcer 6 of the 8 theories mentioned could well be activating and contributing factors. They confirmed the important influence of mental states and emotions previously observed clinically. Sadness and depression produced a pale mucosa with hypomotility. Anxiety, hostility and resentment caused hyperemia, thickening of the folds, increase of acid and hypermotility. A condition closely resembling the hypertrophic gastritis of the gastroscopists. In this stage the mucosa was also hypersensitive to pain. Trifling traumas resulted in small erosions and bleeding points. These erosions and bleeding points ordinarily were quickly covered by mucus and healed within 24 hours. Increased acid production always accompanied hyperemia and vice versa. The functions of the mucus are:

1. It presents a slippery protective surface against irritants.
2. It combines with and neutralizes acid.
3. It "precipitates and forms an insoluble, continuous, tough, membranous coating over the cells of the gastric mucosa, thus insulating them from the chemical attack".

* Delivered before the San Juan District Medical Society, January 30, 1945.

** Chief of Gastroenterology, St. Vincent's Hospital, New York City.

Small lesions unprotected by mucus ıd bathed in hydrochloric acid caused rperemia and secretion of acid which ay be the mechanism of ulcer hyperidity. In their experiment a small eroon near the stoma was kept free of mus and bathed with the patient's acid. 4 days a typical gastric ulcer was proced. The ulcer was then protected with trolatum and it healed within 3 days.

These observations, I believe, also tend prove that the treatment of ulcer as rried out in St. Vincent's Hospital has en fundamentally correct. The objectes of our treatment have been to:

1. Procure mental and physical rest to the greatest extent possible.
2. Avoid chemical or mechanical irritation of the stomach.
3. Reduce motor and secretary activity.
4. Neutralize acid.
5. Remove foci of infection.
6. Supply vitamins.
7. Avoid factors which favor recurrence.
8. Educate the patient concerning the nature of his disease.

The effort to procure mental and phyal rest for patients is often a difficult oblem. Those having jobs frequently not afford or get a vacation or leave absence especially in war time. For ne during the depression years getting ysical rest was no problem as they had jobs and were on relief. On the other nd the patients on relief presented adional difficulties. Some resented the a of accepting charity or a dole and re ambitious to get work but for phyal or economic reasons could not do so. is caused worry, unrest, and discontent. so the relief payments were inadequate for the cost of the dietary regime. The Social Service has been of great help in getting additional food allowances and making other adjustments. The ideal sedative for these cases has not been found. Phenobarbital is the most practical for various reasons but principally because it does not irritate the stomach.

Various diets have been proposed for the treatment of ulcer but I believe the most effective is the Sippy or a not too great modification of it. Since 1932 we have used a series of graduated diets which were patterned after a set in use at Bellevue Hospital. The value of this dietary system is attested by the fact that we are using them today in their original form. At present I see no reason for making a change. During the first week the ambulatory patient is allowed nothing but milk and cream which is given at 2 hour intervals from 8 A.M. to 10 P.M. At weekly intervals the diet is increased by the gradual addition of cereals, toast, desserts, mashed vegetables, meat, etc. This series of diets covers a period of six months. The value of milk in the diet is universally recognized. The benefit to the patient is twofold. First it is an excellent antacid and buffer being capable of combining with its own volume of 0.3% HCL and secondly, it slows the emptying rate of the stomach. As the slowing is due to fat, cream greatly enhances this effect. Shay recently has shown that this effect is apparently a hormone reaction as it is produced by instilling olive oil directly in the duodenum. Olive oil also depresses the secretion of acid and pepsin and he advocates its incorporation in the dietary treatment. On the hour between feedings the patient is given one dram of Aluminum Hydroxide Gel so that there is constant neutra-

lization of the acid by either milk or medication, as pepsin requires acid for activity. By neutralizing the acid the ulcer is protected to a large extent from peptic digestion. To promote optimum healing the rise of acid should be anticipated. This also prevents distress. To instruct a patient to wait until there is pain before taking an antacid, as is sometimes done, is to allow irritation and digestion of the ulcer bed. A few patients have a residual distress or discomfort although the hunger pains have been relieved. Most of these are relieved by Tr. Belladonna gtts XV 1/2 hour before meals t.i.d. In spite of the fact that Bastedo and others state it has no effect on pylorospasm it does produce a sense of relaxation and well being which is not psychic in origin. The patient is also instructed to place a glass of milk next to his bed at night. If he awakens he is to drink it whether he has pain or not. Although some of the other antacids have a greater neutralizing power than aluminum hydroxide the latter has several practical advantages to effect the deficiency. In the first place being a colloidal gel it spreads over the mucous membrane forming a protective film. Second the dose can be increased without regard to any secondary effects such as the struggle to regulate the bowels when using Sippy powders and the possibility of alkalosis. Aluminum hydroxide does have a slightly astringent effect and in some patients is slightly constipating. The majority of patients note no change in bowel function. An occasional individual has an idiosyncrasy or intolerance for aluminum hydroxide which causes nausea and aversion to taking it. In these cases we use the customary powders. Due to the fact that the dietary regime for the first 6 weeks is inadequate in vitamin content brewers yeast tablets and cevitamic acid have been prescribed as a routine. Recently we have found that many have a subnormal blood cevitamic acid content before being put on a restricted diet. Tobacco has usually been prohibited in the treatment of ulcer. Excessive smoking, especiallly cigarettes, without doubt has a deleterious effect. On the other hand Ivy has shown from a study of students that moderate smoking has little or no effect on the motility or secretion of the stomach. It has been my belief that frequently the effects of smoking in moderation are less harmful than the nervous reaction of depriving the patient of his customary relaxation.

Ivy has also recently produced ulcers in animals by injecting large doses of Caffein. On this account the prohibition of coffee and tea should be continued for a long time after the active dietary and medical treatment has been concluded.

Throughout the dietary treatment the patient is warned to take no foods or drinks no specified by name. This automatically precludes the taking of irritating, rough or sour foods and alcohol. At the end of the 6 months dietary period a discharge diet is given to him in which he may choose his own menu, but it also contains a list of prohibited foods.

Iron or other medications are given as indicated for the individual case.

The fluoroscope has been a great aid in the diagnosis of both types of ulcer and in observing the progress of gastric ulcers. I have made a routine of fluoroscoping the duodenal ulcer cases at the end of 6 weeks and then every 3 months. The results in many cases are of doubtful value in determining when the duodenal ulcer is healed because after the cap is

once organically deformed by scar tissue it will always appear deformed even during the period of remission. However, the degree of gastric motility is an aid in estimating whether the ulcer is active and there are enough cases in which the cap assumes a normal contour when the ulcer is healed to make the procedure worth while. When the fluoroscopic examination has been unsatisfactory for any reason films are made for more detailed study.

A very important and necessary part of the treatment is to instruct the patient as to the nature of his disease and the common causes of recurrences. A patient who can visualize his lesion as being the same as an open sore on the skin and subject to the same reactions when acid, salt or other irritating materials are allowed to enter it, will be much more cooperative and more faithful in carrying out the details of his treatment. Further, when he understands that freedom from pain does not mean cure he will not be easily tempted to take the foods or drinks not allowed on his diet. The principal causes of recurrences and exacerbations are acute infections, worry, fatigue and dietary indiscretions.

At the onset of attacks or recurrences some patients are acutely ill with severe pain, nausea and vomiting. They are not suitable for ambulatory management and should be hospitalized for more active measures of treatment such as the constant drip of either milk or aluminum hydroxide and for observation.

I wish to emphasize the importance of the special consideration which must be given to gastric ulcer due to the threat of malignancy. The question of so-called malignant degeneration is still academic and controversial, and, if the theory were accepted it would account for only 5 to 8% of cases of cancer. The danger to the patient lies in our inability to distinguish benign from malignant lesions. Clinical methods, X-ray, and even gastroscopy frequently fail to indicate the true nature of the condition at a time critical to the patient if the lesion should prove to be malignant. Advantage is taken of the fact that most benign gastric ulcers heal quickly under treatment. If at the end of 5 or 6 weeks of a medical regime X-Ray examination fails to show that the crater has disappeared or been greatly reduced in size it must be assumed to be carcinoma and operation without delay is indicated. An incompletely healed lesion treated conservatively beyond the 5 week period must have frequent x-ray check-up exams and, when available, gastroscopic examination. Cases apparently healed should have an x-ray exam every 3 months for at least a year. The principle must be kept in mind that a non healing lesion is probably malignant. I believe all gastric ulcers should be suspected as malignant until proven innocent. A case history to illustrate the danger of the insidious development of cancer follows:

A 36 year old woman at the G-I Clinic one recent June was suffering from a typical ulcer syndrome and the x-ray showed a niche on the lesser curvature near the incisure, definitely considered to be benign. She became symptom-free within a week on a diet, belladonna and Amphojel. About the 6th week of treatment, at just the time she was due for a fluoroscopic check-up, she stopped coming to the clinic. A brief note on the chart at the end of August by a vacation substitute noted that she was symptom-free and feeling fine and again she missed the x-ray check-up. In November she entered the hospital on the obstetric service. The chart notes that she had vomited coffee ground material 1 week and again 3 days

before admission. No investigation was made of this complaint and she was discharged in due course after delivery. Her next visit to the G-I Clinic was in January when she had a recurrence of symptoms and vomiting of coffee ground material. At this time a large epigastric mass was palpable and the x-ray now showed extensive involvement by carcinoma. On laparotomy it was found to be inoperable. Several factors were responsible for this unfortunate out-come, chief of which was the patient's lack of cooperation by breaking appointments.

The foregoing remarks on gastric and pyloric ulcer do not apply in the case of duodenal ulcer. As carcinoma of the duodenum is a relative rare condition and duodenal ulcers are common the possibility of a carcinoma developing from a duodenal ulcer is practically nonexistent. I know of only one such authentic case. Thus a case of chronic duodenal ulcer may be kept on medical treatment indefinitely so long as the patient remains comfortable and does not develop a complication.

About 1-1/2 years ago Dr. Ivan Rubev and I began the study of a new treatment on a small selected group of duodenal ulcers. The "selection" consisted in picking out cases of long standing. Most of them have had recurrences for a period of 10 to 20 years and have had previous courses of medical treatment. We felt that if the treatment will cure these "incurables" it has merit. The treatment consists of the intramuscular injection of a lysate of tissues prepared under very high pressure. No diet or medication is prescribed. Occasionally it is necessary to give a powder or aluminum hydroxide for a few days to control pain or acidity and is then discontinued. Most of these patients have had very definite benefit. At present 50% have remained symptom-free. However, being conversant with the fate of previou injection cures for ulcer and the psychi aspects of such treatments we believe : is premature to present this material i detail at the present time.

The complications of peptic ulcer are penetration, perforation, pyloric obstruc tion and hemorrhage. The first two are surgical conditions. Perforation is practically 100% surgical. A rare case may develop a small pin point opening which is promptly sealed and does not develop peritonitis although the characteristic gas collection is seen under the diaphragm by x-ray. The penetrating ulcer is frequently deep and causes an inflammatory reaction of the peritoneum over it producing an exudate and adhesions. These cases usually have intractable pain and should be operated on to prevent perforation, relieve symptoms and prevent injury to adjacent organs to which they are frequently adherent such as the pancreas. Pyloric obstruction may be due to pylorospasm and inflammatory edema or cicatricial stenosis. The cicatricial type will not respond to medical treatment. The inflammatory type will usually improve under a medical regime or liquid diet, antacids and gastric lavage. Many of these however remain improved only a short time before they have a recurrence. A recurrence usually means that permanent cure is improbable and surgery should be considered. Hemorrhage may be of 3 types:

1. oozing
2. small gross
3. massive

The oozing is detected only by chemical examination of the stools and it may produce a slight anemia. It usually stops as the patient responds to the usual treatment. Some patients have repeated small

emorrhages indicated by tarry stools or y vomiting of small quantities of blood. hese cases frequently feel little effect rom the loss of blood and continue their ctivities. These repeated small hemorhages indicate that the ulcer is not healng and there is always danger of a massive hemorrhage. If there is a recurrence of bleeding after bed treatment surgery is indicated. In massive hemorrhage the blood pressure and pulse are the best indications of severity as there is a delay in the drop in the blood count. The pulse rate increases and the B. P. drops in proportion to the amount of blood lost. Bed est is essential and morphine is given to elieve restlessness.

The modern treatment differs radically from that used only a few years ago. t was formerly feared that transfusions ould raise the blood pressure, loosen the lood clot and start bleeding. We now realze that the danger in hemorrhage is hock rather than loss of blood. For that eason transfusions and plasma by drip re given in sufficient quantity to maintin the blood pressure above the critical vel. Formerly patients were starved 48 72 hours. The use of the Menlengracht et has caused a marked reduction in morlity and a more rapid improvement. Ocsionaly a patient may build up the blood unt for a time and then become stationy. Te addition of liver extract to the iron in these cases causes them to resume the regeneration of blood. A patient may recover from one massive hemorrhage and not have another. Two hemorrhages indicate that more may be expected and the patient should be operated on while still a good surgical risk. Surgery is also indicated following a first massive hemorrhage in a patient over 45 especially if there is any evidence of arteriosclerosis.

Indications for surgical interventions are:

1. Cases which remain active after repeated courses of medical treatment.
2. Cases in which the economic aspect is important and in which the ulcer prevents the patient from continuously engaging in his occupation.
3. Cases with intractable pain.
4. Cases having had a second massive hemorrhage.
5. Cases having frequent small hemorrhages.
6. Cases having continuous bleeding.
7. Cases having had a second pyloric obstruction attack.
8. Perforation.

Recently operability has increased and the mortality rate has decreased to such a low point in gastrectomies as done by trained operating teams that it is now the operation of choice.

Summary

The present status of the treatment d management of peptic ulcer has been esented in the form of Clicinal Impresons. As no specific form of treatment s been devised reliance still must be placed on diet, antacids, antispasmodics, sedatives, and education of the patient as to his mode of life. The indications for surgery are discussed and gastrectomy is advocated as the operation of choice.

MALARIA ERADICATION BY BREAKING THE SPOROGONIC CYCLE OF THE PLASMODIUM

PRELIMINARY NOTE

JORGE BIRD, M.D.

Santurce, Puerto Rico

There are two cycles in the development of the plasmodium. The schyzogonic cycle which takes place in the body of a warm-blooded host and the sporogonic cycle which takes place in the body of a cold-blooded host.

The schyzogonic, human or asexual cycle is completed in the red cells where the parasites grow, segment and where the red cells burst, the young parasites penetrate the cells nearest to them so as to repeat the cycle.

After the schyzogonic or asexual cycle has been going on for several days, the sexual forms of the parasite known as gametocytes begin to appear in the peripheral circulation. The presence of these sexual forms in the peripheral circulation is indispensable for the transmission of the infection from one person to another.

When an anopheles mosquito bites a person suffering from a malaria infection the mosquito will suck up blood containing both the asexual forms of the parasite which undergo their cycles in the human body as well as the sexual forms which develop in the body of the mosquito. The asexual forms die in the stomach of this cold-blooded insect.

But with the sexual forms the case is different. Shortly after they reach the mosquito's stomach very interestings things begin to happen. The male parasites begin to ex-flagelate. Long finger-like threads project from the parasite moving actively in a whip-like fashion until they become detached and penetrate the female parasite. Fecundation is accomplished. This fecundated parasite is called a Zygote. It penetrates the wall of the mosquito's stomach where it grows and multiplication of parasites takes place inside of a cyst. This cyst-like formation contains myriads of slender parasites called sporozoites. When the cyst burst these sporozoites are discharged into the mosquito's stomach, migrating to the salivary glands. The mosquito is ready now to transmit the infection to the next person it may happen to bite. If this sporogonic cycle could be broken transmission of the infection could not take place.

I began to think of ways as to how gametogenesis could be upset. If either the formation or the presence of sexual forms in the peripheral circulation could be prevented the cycle would be broken. Even if either male or female gametocytes alone were present in the circulation it would serve its purpose of breaking the cycle.

Since the female gametocyte adapts itself so well to the conditions found in the body of the mosquito where the sporogonic cycle is completed my curiosity was aroused as to how the biology of the parasite would be influenced by the presence of antibodies against the anopheles protein in the blood of a person. With this idea in mind, using anopheles protein as an antigen, I proceeded to inject volunteers as well as cases of syphilis of the nervous system who were to be subjected to malaria therapy. They were inoculated with

containing schyzonts taken from malaria patients. It was noteworthy that the schyzogonic cycle had gone on several generations, in some of the smears only sexual male forms were found, while in other smears no sexual forms at all were present after sufficient time had elapsed for their appearance. The important thing is that in either case the sporogonic cycle of the plasmodium is broken. The presence of antibodies against anopheles protein in the blood of a person upsets gametogenesis in such a way that mosquitoes can not become infected.

The dose of the injection consisted of 2 cc. of a 1% solution of anopheles protein injected in the insertion of the deltoid muscle, repeated at 8 days interval until from three to five injections were received. No untoward reactions were registered in any of the cases. You can inject three or four cc. of the solution in the gluteal region every 8 days until three or four injections have been received if you wish to be more sure of getting quicker and more accurate results. Some anesthetic might be used with these massive injections in order to relieve pain. Just as it happens in anti-typhoid vaccination you probably will have to repeat the injections about every two years before gametogenesis is permanently impaired in the person injected.

Preparation of the solution

One gram of anopheles mosquitoes is placed in a mortar. One hundred cc. of distilled water is added. I used the whole insect. The mosquitoes are crushed as well as possible and the solution is filtered through filter paper so that the solid particles are removed. The solution is then filtered through a Berkefeld filter and kept at a cool temperature. A very cold temperature is not desirable as a sediment will form at the bottom if kept over one or two months. For mass injections in an endemic focus the necessary amount can be prepared in the above proportions.

INFORME DEL SECRETARIO DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

AÑO 1944

DR. E. MARTINEZ-RIVERA

Distinguidos colegas

Pláceme dar cumplimiento, una vez más, a las disposiciones del Reglamento de nuestra Asociación, presentando a vuestra consideración un breve resumen de las actividades principales a cargo de la secretaría de la Asociación.

Matrícula de la Asociación

En la fecha en que redactamos este informe la Asociación cuenta con 441 médicos en su matrícula de socios, lo cual representa un aumento de tres sobre el total de socios que había el año pasado para esta misma fecha. El movimiento de socios habido durante el año ha sido como sigue:

Número de miembros en diciembre 31, 1943		438
Total ingresos durante el año 1944		15
		453
Menos bajas		
Por muerte	6	
Por no pagar sus cuotas	6	12
Matrícula actual		441

En la actualidad nuestra isla cuenta con 624 médicos debidamente autorizados a ejercer la profesión, y hay además un total de 44 que en la actualidad cursan su internado en los hospitales de la isla o que están actuando como residentes en hospitales municipales sin haber todavía aprobado sus exámenes de reválida.

Del total de 624 médicos autorizados a ejercer la profesión hay 126 en las fuerzas armadas, o sea el 20.3%, y los restantes 498 prestan sus servicios a la población civil, bien privadamente o dentro de algunas de las instituciones municipales o insulares que ofrecen servicios médicos a la población indigente. De los 126 médicos que prestan sus servicios en las fuerzas armadas 50 son miembros de la Asociación, y el resto está integrado por compañeros jóvenes que han sido llamados a filas tan pronto han terminado su internado.

Durante el año en curso fueron autorizados a ejercer la medicina y cirugía en nuestra Isla, después de haber aprobado sus exámenes de reválida ante el Tribunal Examinador de Médicos, los siguientes colegas:

Dr. Antonio Rullán
Dr. José A. Vázquez Vélez
Dr. Carlos J. Jiménez Torres
Dra. Adaline Pendleton
Dr. José Angel Roure Florit
Dr. Enrique Ramos Elvira
Dr. Juan Ramón Marchand
Dr. Juan Avilés Pérez
Dr. José Manuel del Llano
Dra. María Amalia Parés
Dr. Benito Irizarry Bulls
Dr. Ricardo Cordero
Dr. José J. Castillo (especial)
Dr. Manuel A. Iguina
Dra. Borinquen Mussenden

r. Benigno T. González
r. Wildo D. Colón Rivera
r. Juan Colón Bonet
r. Juan Enrique Morales
ra. Caroline G. Pratt
Dr. José R. Passalacqua
Dr. Andrés H. Montalvo
Dr. Gabriel Santiago Bou
Dr. Ramón J. Almodovar
Dr. Luis G. Maduro (especial)

Durante el transcurso del año los siguientes compañeros se acogieron a las filas de nuestra Asociación:

Dr. E. Blás Ferraiuoli
Dr. Enrique Cuchí Coll
Dr. Ramón E. Llobet
Dr. Jorge Sánchez Ferreri
Dr. Ramberto A. Pérez-Ribié
Dr. Héctor J. Rivera Bruno
Dr. Juan de Jesús de Lara García
Dr. Sarkis Miguel Mudafort
Dr. Antonio Rullán
Dr. James Earl Jones
Dr. José Manuel del Llano Sánchez
Dr. José R. Fuertes
Dr. José A. Peña
Dr. José R. Passalacqua
Dr. Enrique Pérez Santiago

Las bajas registradas en nuestra matrícula han sido como sigue:

Por muerte:

Dr. Antonio Villeneuve
Dr. Francisco Seín
Dr. José E. Igartúa
Dr. Jaime Vilá Morales
Dr. José Belén Gotay
Dr. Mariano Riera López

Por no haber satisfecho sus cuotas:

Dr. Antonio Arbona
Dr. E. Costas Purcell
Dr. Luis F. González
Dr. J. A. Hernández Rivera
Dr. Virgilio Rivera Aromí
Dr. Manuel A. Frías

La matrícula actual de nuestra Asociación está dividida por distritos en la forma siguiente:

San Juan	213
Ponce	38
Mayagüez	29
Arecibo	36
Humacao	29
Guayama	26
Aguadilla	20
Ejército y Marina	50
TOTAL	441

Permanecen fuera de nuestra Asociación 183 médicos, de los cuales 76 están prestando servicios en las fuerzas armadas, y por lo tanto no han tenido oportunidad de acogerse a la Asociación. Los restantes 107 colegas son en su gran mayoría médicos de bastante edad, que de ingresar a la Asociación vendrían obligados a pagar una cuota elevada para acogerse al Auxilio Médico Mutuo. Otros son compañeros recientemente graduados, algunos de los cuales ya nos han expresado su deseo de acogerse a la Asociación dentro de los próximos meses.

Reuniones administrativas

Hasta el día 30 de noviembre la Junta de Directores y los distintos comités de la Asociación han celebrado un total de 54 reuniones de carácter administrativo. La Cámara de Delegados ha celebrado asimismo tres reuniones extraordinarias para tratar diversos asuntos de importancia.

Además de estas reuniones oficiales, el presidente, el vice-presidente, el tesorero y el secretario hemos celebrado un sinnúmero de entrevistas de carácter informal, con el objeto de encauzar debidamente los asuntos de la Asociación.

Al final de este informe incluímos una relación de todas las reuniones celebradas.

Actividades científicas

Este año todas las asociaciones de distrito celebraron su asamblea anual, habiéndose presentado en dichas reuniones un total de 27 contribuciones de carácter científico. La Asociación Médica del Distrito de San Juan celebró cinco reuniones científicas, la Asociación Médica del Distrito de Arecibo celebró dos reuniones científicas además de su asamblea anual, y bajo los auspicios de la Asociación Insular celebráronse dos reuniones de carácter científico, además de un cursillo sobre medicina tropical celebrado en el mes de junio en colaboración con la Escuela de Medicina Tropical.

También incluímos al final de este informe una relación de todos los trabajos científicos presentados en las distintas reuniones a que hemos hecho mención anteriormente.

Toda la labor de carácter científico desarrollada durante los primeros once meses del año ha sido complementada con un programa anual de grandes proporciones, durante el cual se celebrarán clínicas médicas y quirúrgicas en los Hospitales de la Capital, el Hospital Presbiteriano, el Hospital de Distrito de Bayamón y el Hospital de la Escuela de Medicina Tropical y se darán 28 conferencias, doce de las cuales estarán a cargo de nuestros invitados de honor.

Actividades generales

En nuestro cargo de Secretario de la Asociación hemos atendido toda la correspondencia relacionada con la secretaría; hemos rendido un informe mensual a la Asociación Médica Americana en relación con el movimiento de socios en nuestra Asociación; hemos asistido a todas las reuniones de la directiva y de los distintos comités a los cuales he pertenecido; mantenemos un tarjetero al día de todos los médicos autorizados a ejercer la medicina en Puerto Rico; en fin, hemos realizado cuanto ha estado a nuestro alcance por ayudar a mantener nuestra agrupación en el sitial de honor que le corresponde entre las demás sociedades de esta índole.

Por encomienda de nuestro presidente nos hicimos cargo de dirigir la Campaña de la Cruz Roja Americana entre los compañeros asociados, la cual consideramos tuvo un gran éxito.

Para terminar, vaya una vez más la expresión de mi sincera gratitud para los compañeros que me dispensaron el alto honor de reelegirme para desempeñar durante el año que termina el cargo de secretario de nuestra Asociación.

Respetuosamente sometido

E. MARTINEZ-RIVERA, M.D.
Secretario

LACION DE REUNIONES DE CARACTER ADMINISTRATIVO CELEBRADAS R LA DIRECTIVA Y OTROS ORGANISMOS DE LA ASOCIACION — AÑO 1944

Fecha	Organismos	Asistencia
Enero 7	Junta de Directores	8
" 17	Junta de Directores	3
" 24	Comité de Relaciones Públicas	3
" 26	Comité del Cáncer	4
" 26	Comité de Educación y Hospitales	4
" 26	Comité de Etica y Médicos de Guayama	8
" 28	Delegados de la Asociación a la asamblea anual de la Puerto Rico Hospital Service Asociation	15
ebrero 2	Comité Pro-Esfuerzo de Guerra, presidente Asociación y Ejecutivos división de racionamiento de la OPA	6
" 4	Comité de Salud Pública y Beneficencia	5
" 6	Comité de Etica se traslada a Guayama con presidente Asociación y miembros del Board	7
" 7	Comité para venta de bonos Cuarto Empréstito	6
" 8	Reunión del Comité para venta bonos	10
" 10	Sección de Salud Pública Asociación	34
" 14	Comité de Etica con el Dr. Sicard	6
" 15	Junta de Directores	4
" 16	Comité Campaña de Venta de Bonos	6
" 18	Junta de Esfuerzo de Guerra	2
" 25	Comité Salud Pública y Beneficencia	3
" 25	Comité Venta de Bonos	6
" 29	Junta de Directores y Directiva Distrito de San Juan	6
" 29	Comité del Cáncer	3
Marzo 3	Comité Salud Pública y Beneficencia	5
" 10	Comité Salud Pública y Beneficencia	4
" 10	Cámara de Delegados	19
" 13	Miembros Directiva y Legisladores miembros Comité Legislación	9
" 17	Junta de Esfuerzo de Guerra	5
" 20	Junta de Directores y Comité Salud Pública y Beneficencia	10
" 21	Comité Biblioteca, Directiva, Board de Médicos y Comité Edificio	12
" 27	Comité de Relaciones Públicas	2
" 28	Comité de Educación y Hospitales	4
" 29	Directiva Distrito de San Juan y Comité Agasajos	7
" 31	Comité de Etica	4
Abril 10	Junta de Esfuerzo de Guerra	3

Fecha	Organismos	Asistencia
Abril 12	Comité de Etica (en Arecibo)	3
" 18	Junta de Directores	5
" 24	Comité especial de la Directiva	3
Mayo 26	Junta de Directores	5
" 29	Comité de Relaciones Públicas	3
" 31	Comité de Biblioteca	3
Junio 2	Sección de Oftalmología y Otorrinolaringología	8
" 17	Cámara de Delegados (En Mayagüez)	16
" 23	Presidente, Dres. Suárez, Amorós y Rivera	4
Julio 28	Junta de Directores	5
Agosto 3	Comité de Relaciones Públicas	3
" 7	Comité de Esfuerzo de Guerra	4
" 22	Junta de Directores	4
Sept. 1	Junta de Esfuerzo de Guerra	3
" 15	Cámara de Delegados	23
Octubre 6	Junta de Directores y Comité Científico	7
Nov. 17	Junta de Esfuerzo de Guerra	3
" 28	Comité de Educación y Hospitales	5
Dic. 1	Comité Científico	6
" 4	Comité del Cáncer	5
" 12	Comité Científico	5

REUNIONES DE LAS ASOCIACIONES DE DISTRITO

Fecha	Distrito de	Carácter
Enero 17	Arecibo	Administrativo
Enero 14	San Juan	Administrativo
Enero 28	San Juan	Científico-administrativa
Enero 19	Humacao	Administrativo
Abril 14	Ponce	Administrativo
Junio 18	Mayagüez	Científico-administrativa
Junio 4	Aguadilla	Administrativo
Julio 2	Aguadilla	Científico
Agosto 27	Humacao	Científico-administrativa
Abril 9	Guayama	Científico-administrativa
Junio 29	Arecibo	Científico
Octubre 22	Arecibo	Científico
Noviembre 12	Ponce	Científico

LACION DE CONFERENCIAS CIENTIFICAS CELEBRADAS DURANTE EL AÑO 1944

Fecha	Temas	Auspiciada por
Enero 11	Recent Developments in the Treatment of Malaria, Dr. Henry E. Meleney	Asociación Insular
Enero 29	Aplicaciones clínicas de un nuevo método para el estudio de la cinemática de la sombra cardiovascular, Dr. Federico Velázquez	Asoc. Dtto. San Juan
Febrero 29	El problema del Tétanos en P. R. Dr. Roberto Francisco	Asoc. Dtto. San Juan
Marzo 1	Panorama of Present and Future of Penicillin and Similar Substances, Dr. T. G. Klumpp	Asociación Insular
Marzo 21	Hemofilia, Dra. Caroll Birch	Distrito de San Juan
Abril 9	Anatomía patológica de la esquistosomiasis de Manson, Dr. Enrique Koppisch	Distrito de Guayama
	The Rh factor and habitual death of the fetus in uterus, Dr. M. Fernández Fuster	
	Atabrina intravenosa en el tratamiento de la Malaria, Dr. R. Fernández Marina	
	Conferencia clínico-patológica, Dres. R. M. Suárez y E. Koppisch	
Abril 25	Profilaxia y tratamiento racional del cáncer de la próstata, Dr. I. González Martínez	Distrito de San Juan
Junio 2	Apuntes sobre ciertas innovaciones en el tratamiento del glaucoma, Dres. Luis y Ricardo F. Fernández	Sección de Oftalmología y Otorrinolaringología
Junio 18	Obesidad (metabolismo grasa y su tratamiento sin hormonas ni dieta, Dr. R. U. Lange	Distrito de Mayagüez
	Enfermedades del corazón en P. R. Dr. Ramón M. Suárez	
	Presentación de un modelo de Gastroscopio, Dr. A. Rodríguez Olleros	
	Tifus exantemático, Dr. E. Koppisch	
Junio 29	Tratamiento ambulatorio de la úlcera gastroduodenal, Dr. A. Rodríguez Olleros	Distrito de Arecibo

Fecha	Temas	Auspiciada por
Julio 2	Asamblea Anual de Aguadilla Participaron los doctores: R. Fernández Marina, R. J. Jiménez López, Néstor de Cardona, Dr. Munsell, Fernando Vallecillo	Distrito de Aguadilla
Agosto 27	Hyperostosis Frontalis Interna, Dres. R. M. Suárez y José Landrón Pancreatic Cysts, S. Busquets Is there phlebotomous Fever in P. R., Roberto Francisco, M.D. Perforación o rotura espontánea aguda del intestino delgado, Dr. Mario J. Tomasini	Distrito de Humacao
Octubre 22	Osteomyelitis in P. R., L. Sheplan Endemic Typhus in Arecibo District Hospital, J. Rodríguez Olmo Appendicitis in the Old, Dr. Manuel Baralt Cotton Sutures in Lower Abdominal Surgery, Dr. J. Flax	Distrito de Arecibo
	Paroxysmal Tachycardia in Infants, Dr. Roberto Aguayo Ruptured Uterus, Dres. R. Serra y José H. Vázquez The Pathology of Blackwater Fever, Dr. I. Rivera Lugo	
Octubre 27	Impresiones de viaje, Dr. I. González Martínez	Dtto de San Juan
Nov. 12	Mixedema Heart, Dr. R. Francisco Pulmonary Schistosomiasis, Dr. Donald F. Gowe y Dr. Jaime Costas Durieux Cardiospasm (presentación de un caso), Dres. Américo Serra, Agustín Pietri y Elvira Rodríguez Clinico-pathological Conference, Dr. I. Rivera Lugo El biomicroscopio en el diagnóstico de deficiencias vitamínicas, Dr. R. M. Suárez	Dtto. de Ponce

RELACION DE CONFERENCIAS DADAS COMO PARTE DEL CURSO DE MEDICINA TROPICAL CELEBRADO BAJO LOS AUSPICIOS DE LA ASOCIACION

Fecha	Temas	Conferencias
Julio 3	Schistosomiasis	Dres. Rodríguez Molina y Koppisch
Julio 5	Filariasis and Recurrent Tropical Lymphangitis	Dr. Hernández Morales
Julio 7	Hookworm	Dr. Rodríguez Molina
Julio 10	Malarial Fever	Dres. Suárez y Koppisch
Julio 12	The Dysenteries (a) Bacillary (b) Amoebic	Dres. Hernández Morales y Koppisch
Julio 14	Weil's Disease	Dres. Suárez y Koppisch
Julio 17	Sprue	Dres. Suárez y Koppisch
Julio 19	Leprosy and Chromoblastomycosis	Dr. Carrión
Julio 21	Yaws and Rat-bite Fever	Dr. Suárez
Julio 24	Typhus Fever	Dres. Suárez y Koppisch
Julio 26	Lymphogranuloma venereum	Dr. Hernández Morales
	Granuloma inguinale	Dr. A. L. Carrión
Julio 31	Deficiency Diseases	Dr. R. M. Suárez

INFORME DEL COMITE DE RELACIONES PUBLICAS DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

DR. JULIO E. COLON

Sr. Presidente y Señores Miembros de la Cámara

Cuando nuestro querido presidente me dispensó el honor de nombrarme presidente del Comité de Relaciones Públicas, temía que no pudiera llevar a cabo la intensa labor que venía obligado a realizar este Comité, puesto que para desempeñar nuestra labor a conciencia, irremediablemente necesitaría disponer de más tiempo del que en realidad tengo disponible.

En vista de esta circunstancia sugerí a nuestro presidente la conveniencia de escoger para integrar el Comité a compañeros que estuvieran en disposición de cooperar, de manera que entre todos pudiéramos llevar a cabo la labor que se nos había encomendado.

Muy pronto nos dimos cuenta, sin embargo, que la selección hecha no era la más apropiada, pues tan sólo uno de los miembros originales, el Dr. Fernández Marchante, acudió a las primeras dos reuniones que citamos y se dispuso a brindarnos toda su cooperación. En vista de esto solicitamos del presidente aumentara el número de los miembros del Comité, de manera que pudiéramos tener quorum en nuestras reuniones y poder llevar adelante el trabajo que teníamos en mente realizar.

Inicialmente este Comité se conocía con el nombre de Comité de Publicidad y Propaganda, pero en la primera reunión que celebremos se sugirió al Sr. Presidente cambiara el mismo por el de Comité de Relaciones Públicas.

Nuestra primera gestión fué escribir al Comité de Relaciones Públicas de la Asociación Médica Americana solicitando nos enviaran toda la información que tuvieran a mano en cuanto a programas de radio de divulgación médica. El secretario de dicho comité contestó prontamente nuestra comunicación y nos envió una larga lista de conferencias de divulgación que estaban disponibles. Hicimos una selección de alrededor de 100 de los temas más interesantes y solicitamos nos enviaran copia de dichas conferencias para que nos sirvieran de guía en la organización de nuestros programas.

Una vez dicho material llegó a nuestro poder, hicimos gestiones cerca del Sr. Camuñas, de la WNEL, para que nos cediera un cuarto de hora semanal para transmitir los programas de la Asociación. Tuvimos éxito en nuestras gestiones a este respecto, habiéndosenos cedido gratuitamente el tiempo requerido. Empezamos a transmitir los programas de radio en la tarde del jueves 20 de abril a las 6:45, y continuámoslo transmitiendo en el mismo día y hora hasta el 1ro de junio, cuando la estación nos suspendió el tiempo que nos había cedido, por tener que usarlo para transmitir un programa de las fuerzas armadas.

Queremos decir, de paso, que a todos los programas que se transmitieron los jueves por la estación WNEL asistí personalmente para velar por que no nos fallara a última hora la persona a cargo de la conferencia.

Después de sernos suspendido el tiempo que nos había cedido la estación WNEL, acudimos en compañía del Dr. Muñoz Mac

Cormick a ver a los directores de la WKAQ, quienes se mostraron muy deseosos de cooperar con nosotros, y trataron de procurarnos una hora que fuera de nuestro agrado. Como quiera que el tiempo más conveniente para transmitir un programa de la naturaleza del nuestro estaba ocupado por otros programas, el Dr. Muñoz MacCormick solicitó la cooperación de la Oficina de Defensa Civil, para que nos cediera el cuarto de hora que dicha institución había venido usando; es decir, de 8:30 a 8:45 de la noche, todos los domingos. Obtenida esta cooperación por parte del director de la Defensa Civil, reanudamos la transmisión de nuestros programas el domingo 23 de julio.

Nuestro activo presidente, el Dr. Muñoz MacCormick, solicitó de los presidentes de las asociaciones de distrito de Mayagüez y Ponce que hicieran gestiones con las radioemisoras de su localidad para conseguir retransmitir el programa. El Dr. Quilichini tuvo éxito en sus gestiones cerca del administrador de la Estación WPAB, de Ponce, y conseguimos retransmitir nuestros programas por dicha estación, también sin costo alguno para la Asociación, hasta que nuevamente, por necesidad de la WKAQ nos vimos precisados a cambiar nuestros programas para los sábados de 5:45 a 6:00 de la tarde.

Hasta la fecha hemos seguido transmitiendo el programa a esa misma hora, sin entorpecimiento alguno, siendo el programa a transmitirse el próximo sábado el vigésimo-noveno.

Hemos procurado que los programas de divulgación coincidan con las distintas campañas médicas que se celebran en Puerto Rico. Así pues, en el mes de abril dedicamos nuestros programas a tratar el problema del cáncer; en el mes de mayo se transmitieron programas relacionados con la salud del niño, y los programas del mes de diciembre los hemos dedicado a esbozar el problema de la tuberculosis. Incluimos al final de este informe una relación de las conferencias transmitidas hasta la fecha.

Es el propósito nuestro publicar folletos conteniendo todas y cada una de estas conferencias para ser distribuídas gratuitamente entre las personas interesadas. A este respecto deseamos informar, que habiéndose publicado una nota en este sentido, ya hemos recibido infinidad de peticiones solicitando el envío de dichos folletos.

Quiero aprovechar esta oportunidad para reiterar nuestro agradecimiento a los señores directores de la estación WKAQ por la cortesía que han tenido para con nuestra Asociación al cedernos gratuitamente el tiempo necesario para la transmisión de nuestros programas; agradecemos igualmente la cooperación que nos han brindado todos los compañeros que hasta la fecha han tomado parte en estos programas.

Respetuosamente,

POR EL COMITE DE
RELACIONES PUBLICAS

JULIO E. COLON, M. D.
Presidente

RELACION DE CONFERENCIAS TRANSMITIDAS POR LA RADIO BAJO LOS AUSPICIOS DEL COMITE DE RELACIONES PUBLICAS

Fecha	Tema y Autor	Estación
Abril 20	Cáncer de la mama, Dr. I. González Martínez	WNEL
Abril 27	Cáncer de la garganta - cómo sospecharlo antes de que sea demasiado tarde, Dr. J. H. Font	"
Mayo 4	Cáncer del estómago, Dr. G. Barbosa	
Mayo 11	La alimentación del bebé durante el primer año de vida, Dr. R. Fernández Marchante	"
Mayo 18	Segunda parte conferencia anterior	"
Mayo 25	Las vacunaciones e inmunizaciones para evitar las enfermedades contagiosas más comunes en la niñez, Dr. Antonio Ortiz	"
Junio 1	Exámenes de Orina, Dr. Julio E. Colón	"
Julio 23	Etica Médica, Dr. Manuel Quevedo Báez	WKAQ
Julio 30	Aborto clandestino o criminal, Dr. José S. Belaval.	"
Agosto 6	Uso y Abuso de los purgantes, Dr. A. Rodríguez Olleros	"
Agosto 13	Prevención de las enfermedades transmisibles, Dr. Rafael Timothée	"
Agosto 20	Por qué algunas personas mueren de repente, Dr. Roberto Francisco	"
Agosto 27	Corrigiendo Conceptos erróneos sobre las enfermedades mentales, Dr. Luis Manuel Morales	"
Sept. 3	Las medicinas patentizadas y la Salud Pública, Dr. J. Rodríguez Pastor	"
Sept. 10	Por qué son necesarias las vacaciones, Dr. Félix Alfaro Díaz	"
Sept. 17	Conceptos generales sobre el uso de los rayos X, Dr. Rafael A. Blanes	"
Sept. 24	Corrigiendo conceptos erróneos sobre las enfermedades mentales (Parte II), Dr. Luis Manuel Morales	"
Octubre 1	(Parte III)	"
Octubre 8	(Parte IV)	"
Octubre 15	Hipertensión arterial, Dr. Ramón M. Suárez	"
Octubre 21	Bilharziosis en Puerto Rico, Dr. Rafael Rodríguez Molina	"
Octubre 28	El Arte de visitar a los enfermos, Dr. Carlos E. Timothée	"
Nov. 5	Dr. Bailey Kelly Ashford "Soldado de la Ciencia y amigo de Puerto Rico", Dr. R. Rodríguez Molina	"
Nov. 12	Lo que usted puede hacer para mejorar su cutis Dr. José F. Correa	"
Nov. 18	"Corrigiendo conceptos erróneos sobre las enfermedades mentales" (Parte V) Dr. Luis Manuel Morales	"
Nov. 25	Los derechos del Niño, Dr. Luis Manuel Morales	"
Dic. 2	Es Curable la Tuberculosis, Dr. J. Rodríguez Pastor	"
Dic. 12	El Pneumotórax artificial, Dr. Juan Arruza Pérez	"

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Avenida Manuel Fernández Juncos,
Parada 19, Santurce, P. R.

AÑO XXXVII FEBRERO, 1945 NÚM. 2

EDITOR Y ADMINISTRADOR:

DR. E. MARTINEZ RIVERA

EDITORES ASOCIADOS:

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. A. M. MARCHAND
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

NOTAS EDITORIALES

LEGISLACION DE PRIVILEGIO

Nuevamente se cierne sobre nosotros la grave amenaza de leyes que tienden a rebajar el standard de la profesión médica. Hállanse ante la consideración de la Honorable Legislatura de nuestro país, dos proyectos de ley, que de ser aprobados no harían otra cosa que favorecer a unos pocos en perjuicio de los más; redundarían en detrimento de la clase médica puertorriqueña, y sobre todo, representarían una grave amenaza contra la salud del pueblo en general, de ese pueblo por el cual venimos todos obligados a velar, pero cuya misión corresponde, en grado máximo, a los hombres que ocupan escaños en las cámaras legislativas.

Nos referimos al P. del S. 201 y al P. de la C. 300. El primero tiende a enmendar legislación ya existente, para que se admitan a ejercer en nuestro país a médicos extranjeros, hasta cinco años después de terminado el actual conflicto, sin previo examen de reválida; es decir, sin que demuestren su capacidad y preparación ante organismo alguno. El segundo persigue el propósito de amparar a gente sin preparación alguna, a gente que por largos años se ha burlado, irónicamente, de nuestras leyes, y que ahora, bajo el manto protector de la política partidista, pretenden alcanzar algo que nunca han podido obtener, y que sólo su audacia y falta de respeto hacia sus prójimos, les hace sentirse acreedores a ello.

La presentación de esta clase de proyectos de ley se lleva a efecto escudándose en el alegado pretexto de escasez de médicos. Y, preguntamos nosotros, ¿está acaso alguna persona o entidad autorizada a ocasionar un daño mayor al tratar de corregir un mal? Si nuestros médicos buenos, si nuestros muchachos preparados se han visto obligados a responder a la llamada de nuestra Nación en guerra, ¿vamos nosotros a llenar sus puestos con gente impreparada, con gente que no tiene ni siquiera el valor de demostrar su competencia ante un tribunal de médicos? Con nuestro magnífico sistema de caminos, ¿no sería preferible trasladar un enfermo varios kilómetros, para ser atendido por un médico competente, a dejarlo en su pueblo para que lo vea un curioso o un impreparado?

Somos los primeros en reconocer que en las repúblicas vecinas y en el continente americano hay médicos de una gran preparación y de sólido prestigio profesional, pero, ¿serían acaso esos los que dejarían su pueblo para venir al nuestro a ayudarnos a solucionar la crísis ocasionada por el éxodo de nuestros compañeros hacia los campamentos militares?

La guerra, es de conocimiento general, ha dado su giro final; no tardarán pues, en regresar a la vida civil, gran parte de los 140 compañeros que se hallan en las fuerzas armadas. ¿Estaría a estas alturas justificado el traer médicos extranjeros a

practicar, sin un previo examen, hsta cinco años después de la terminación del conflicto actual; y, sobre todo, estarían los caballeros de la Legislatura procediendo dentro de toda justicia y honradez, si procedieran a conceder títulos de médico a todo individuo que haya tenido la osadía de hacerse pasar como tal por determinado número de años, gracias a la apatía o negligencia demostrada por nuestros organismos fiscales?

Todas estas preguntas, estamos seguros, serán sabiamente interpretadas por los señores legisladores, ya que no concebimos que estos proyectos hayan sido presentados de mala fé y con el único propósito de llevar a un caos la profesión médica en nuestra isla. Por otro lado, sabemos que los señores legisladores, como núc están llenos de la mejor voluntad cia nuestro pueblo, y no darían su res do a nada que pueda redundar en per cio de entidades de sólida reputación la comunidad, como es la clase mé puertorriqueña. Sabemos también, qu núcleo de legisladores, al igual que tod pueblo sensato, está abiertamente opu a leyes de privilegio como las que moti estos comentarios.

La Asociación Médica de Puerto I espera confiada, que ni los proyectos tes referidos ni ninguno otro que tie a rebajar el standard de las clases pr sionales de nuestro país reciba la apr ción de las cámaras legislativas.

NOTA NECROLOGICA

DR. JAIME RIVAS SOTO

El día 19 del mes en curso falleció en la ciudad de Caguas, el estimado colega cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

El Doctor Rivas nació en el pueblo de San Lorenzo el día 24 de febrero de 1889, siendo sus padres, don José Rivas y doña Elvira Soto, ambos naturales de Pontevedra, España. El amigo fenecido cursó sus estudios de medicina en el Chicago College of Medicine and Surgery, de donde se graduó el 24 de mayo de 1915, siendo admitido a ejercer en nuestra isla, mediante el correspondiente examen de reválida, el día 4 de noviembre de 1915. En el 1917, con motivo de la primera guerra mundial, ingresó en el Ejército de los Estados Unidos, en cuyo cuerpo sirvió hasta varios meses después de terminado el conflicto.

Luego ejerció su profesión por al tiempo en la ciudad de Caguas, y po poco fué interesándose en el comercio, ta que finalmente optó por retirarse ejercicio activo de la medicina y ded todo su tiempo al comercio, siendo e momento de su fallecimiento uno de principales industriales de la ciudad Caguas.

A pesar de haberse retirado del ej cio activo de la profesión, el Dr. R continuó ligado a nuestra Asociación, cual brindó siempre su entusiasta co ración desde el mes de diciembre de 1 fecha para la cual pasó a formar part la misma.

Sobreviven al Dr. Rivas, su viud señora Rosario Santiago, y sus hijos me, Rafael y Rosario. Para todos ello testimonio de nuestra más sentida co lencia por tan irreparable pérdida.

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

...iones del mes:

...urante el mes en curso se han cele-...) en el domicilio de nuestra Asocia-...ión las siguientes reuniones:

Feb. 2 Capítulo de Puerto Rico de la National Gastroenterological Association.

Feb. 7 Directiva de la Asociación y presidentes de los comités.

Feb. 13 Comité especial encargado de hacer un estudio en cuanto al problema médico del país.

Feb. 13 Asociación Médica del Distrito de San Juan.

Feb. 19 Comité especial para estudio del problema médico del país.

Feb. 22 Cámara de Delegados — reunión extraordinaria.

ASOCIACIONES DE DISTRITO

San Juan:

El día 13 de febrero, a las 8:30 de la noche, llevóse a efecto en el domicilio de nuestra Asociación, la reunión anual de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

En primer término se dió curso a una conferencia clínico-patológica, a cargo del Dr. Enrique Koppisch, y la cual, como de costumbre, despertó el interés de todos los concurrentes. Luego se procedió a la elección de los funcionarios para el año en curso, resultando electos los siguientes compañeros.

Presidente, Dr. F. Hernández Morales
Vice-Pres., Dr. J. Garrido Collazo
Secretario, Dr. Jeramfel Cordero
Tesorero, Dr. Roberto Francisco

Delegados

Dr. Félix Alfaro Díaz
Dr. José A. Seín
Dr. José Picó
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. José N. Gándara
Dr. Jesús M. Quiñones
Dr. Jorge del Toro
Dr. Basilio Dávila
Dr. Ramón T. Colón
Dr. A. M. Marchand
Dr. Antonio Rullán

Ponce:

En la noche del viernes 23 del cursante mes llevóse a efecto en la ciudad de Ponce, bajo los auspicios de la Asociación Médica del Distrito de Ponce, una de las conferencias que integraron el cursillo postgraduado sobre medicina psicosomática que dictó el Dr. Leland E. Hinsie durante su permanencia en Puerto Rico.

El tema desarrollado en esta ocasión **(The Person in the Body)**, al igual que todas las demás conferencias dictadas por el Dr. Hinsie, resultó en extremo interesante y de gran provecho para los oyentes.

Reuniones de Distrito:

El presidente de la Asociación ha solicitado de los dirigentes de las asociaciones de distrito lleven a efecto la elección de funcionarios dentro del período fijado por reglamento, o sea, dentro de los primeros cuatro meses del año, y asimismo les ha sugerido las siguientes fechas para la celebración de sus asambleas:

Guayama — Abril 8
Mayaguez — Mayo 20
Aguadilla — Junio 17
Humacao — Julio 15
San Juan — Agosto 12
Ponce — Septiembre 16
Arecibo — Octubre 21

Dr. Leland E. Hinsie:

El domingo 18 del mes en curso arribó a nuestras playas, en compañía de su distinguida esposa y su querida hija, el Dr. Leland E. Hinsie, profesor de psiquiatría del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia.

Como es de conocimiento general, el Dr. Hinsie dictó un interesante curso sobre medicina psicosomática bajo los auspicios de la Escuela de Medicina Tropical y la Asociación Médica de Puerto Rico, cursillo que resultó de gran provecho para los médicos y demás profesionales que asistieron al mismo.

Durante su estadía en nuestra isla, el Dr. Hinsie y su distinguida familia fueron objeto de varios homenajes por parte de distintos grupos de compañeros e instituciones del país, entre estos la Sección de Neuropsiquiatría de la Asociación Médica, la Asociación Médica del Distrito de Ponce, el staff de la Escuela de Medicina Tropical, la Junta de Directores de la Asociación Médica de Puerto Rico, el Staff de la Clínica del Dr. Juliá, el Staff del Instituto Politécnico, los doctores Luis Manuel Morales, C. E. Muñoz MacCormick y Eduardo R. Pérez y otras entidades y personas que lamentamos no recordar.

Asociación de Salud Pública

Tal como anunciáramos en nuestra pasada edición, la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico celebró su asamblea anual del 14 al 18 del mes en curso.

Los distintos actos científicos de esta asamblea tuvieron lugar en el auditorium de la Escuela de Medicina Tropical, resultaron todos de gran actualidad, y por el entusiasmo reinante y el interés demostrado en toda ocasión por los miembros de la Asociación que asistieron a los mismos, es de esperarse que las deliberaciones y discusiones que tuvieron lugar en estos días hayan de transformarse pronto en beneficios prácticos para la comunidad.

La amplia labor de carácter científico desarrollada en esta asamblea, estuvo entrelazada con varios actos de carácter social, uno de los cuales, fué celebrado en el Club Médico de nuestra Asociación, bajo los auspicios de la firma Abbott Laboratories.

Comités

Publicamos en otro sitio de esta edición la relación de los comités permanentes y especiales que habrán de cooperar este año con los directores de la Asociación en los distintos programas a desarrollarse por nuestra agrupación.

Hemos visto, con gran beneplácito que en esta ocasión se ha liberalizado la participación de los colegas en los comités, asignando cada miembro a un solo comité. Esta distribución, como es natural, habrá de redundar en beneficio de la Asociación puesto que al limitar la labor de cada colega a un comité, su trabajo habrá de ser más efectivo.

Esperamos que cada comité lleve a efecto la parte que le corresponde en la labor a realizarse por la Asociación durante el año en curso.

National Gastroenterological Society.

El día 7 del mes en curso quedó organizado el Capítulo de Puerto Rico de la "National Gastroenterological Society". Después de una comida celebrada en honor del Dr. Raymond J. Lutz, en el Hotel Condado de esta capital, se procedió a elegir la Junta de Directores de dicho Capí-

de Gaestroenterólogos, resultando e-
os los siguientes compañeros:

residente: Dr. Ramón J. Sifre.
ce-Pres.: Dr. A. Rodríguez Olleros.
cretario: Dr. Jeramfel Cordero.
sorero: Dr. G. Ruiz Cestero.

Esta nueva sección de especialistas está integrada por aproximadamente 25 colegas, y es su propósito celebrar reuniones periódicas con el fin de promover el adelanto de la gastroenterología en nuestra isla.

Deseamos a los directores de este Capítulo de Gastroenterología un completo éxito en sus gestiones.

PERSONALES

Dr. J. B. Kodesh

Recientemente recibimos una atenta carta del Dr. J. B. Kodesh, en la cual extiende una muy cordial invitación a los compañeros de Puerto Rico que vayan a New York, para que visiten el "Margaret Hague Maternity Hospital". en 88 Clinton Place, Jersey City, N. J., en cuya institución viene él actuando como médico residente desde hace dos años. El Dr. Kodesh habrá de permanecer en dicho hospital hasta enero de 1946, para cuya fecha habrá terminado los tres años de residencia que le harán acreedor a tomar el Board Americano de Obstetricia y Ginecología.

Siendo ésta una de las instituciones de maternidad más grandes y mejor equipadas del Continente, no dudamos que los compañeros interesados en la materia habrán de aprovechar la cordial invitación que les extiende el Dr. Kodesh.

Dr. Julio R. Rolenson

En fecha reciente partió hacia los Estados Unidos, acompañado de su distinguida esposa, en viaje de placer, el querido amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Deseamos al amigo Rolenson y su distinguida consorte un viaje lleno de gratas impresiones.

Dr. N. Quiñones Jiménez

También se ausentó recientemente hacia el extranjero, en viaje de placer y estudios, el estimado compañero Dr. Quiñones Jiménez.

Una grata estadía en el Continente deseamos al querido amigo.

Nuevos miembros

En la reunión de la Junta de Directores, celebrada el día 7 de febrero, fueron admitidos a formar parte de la Asociación los siguientes compañeros:

Dr. Benigno T. González, de Santurce.

Dr. Enrique Ramos Elvira, de Río Piedras.

Dr. Mariano C. Caballero, de Santurce.

En el momento en que redactamos estas líneas, están pendientes de consideración las solicitudes de ingreso de los siguientes colegas:

Dra. Idalia Ortiz, de Santurce.

Dr. Hiram Vázquez Milán, de Santurce.

Dr. Francisco A. Ferraiuoli, de San Juan.

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

Nuevamente damos a la publicación la relación de compañeros que contribuyen de manera efectiva al fondo del Auxilio Médico Mutuo, mediante la expedición de sus certificaciones en los impresos que les suple nuestra Asociación.

Es de notar que de los 420 compañeros que pertenecen al Auxilio únicamente 56 han hecho remesas a la tesorería por dicho concepto. Sabemos de otros que aún cuando han expedido certificaciones en dichos impresos, aún no han enviado el importe de las mismas a Tesorería, a pesar de nuestras reiteradas súplicas al efecto. Una vez más urgimos de estos compañeros envíen el importe de sus certificaciones al Tesorero de la Asociación, y exhortamos a todos los miembros de la Asociación a hacer uso frecuente de dichos impresos, para robustecer aún más el fondo con que cuenta el Auxilio Médico Mutuo.

Dr. José Menéndez
Dr. F. Sánchez Castaño
Dr. Manuel G. Carrera (4)
Dr. Amalio Roldán (5)
Dr. R. Rivera Aulet (2)
Dr. Ricardo F. Fernández (2)
Dr. Leoncio T. Davis (4)
Dr. Fernando Asencio
Dr. Rafael Rivera (3)
Dr. Ramón C. Umpierre (3)
Dr. Miguel Alonso (2)
Dr. Juan Veve
Dr. A. Rodríguez Olleros (2)
Dr. Ezequiel Prieto
Dr. Julio R. Rolenson
Dr. R. Muñoz Vázquez
Dr. A. Otero López (2)
Dr. Héctor A. Bladuell (10)
Dr. Narciso Moreno
Dr. Luis J. Fernández
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. José F. González
Dr. Francisco J. Casalduc (3)
Dr. J. R. Bierley
Dr. Rafael A. Vilar (2)
Dr. Edgardo Quiñones
Dr. M. García de Quevedo
Dr. Luis F. Santos Tió (4)
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Francisco Seín
Dr. Carlos Domínguez
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. A. Fernández Valdés
Dr. F. Berio (2)
Dr. J. Ramos Lebrón
Dra. Edith Z. Rodríguez
Dr. Luis L. Biamón
Dr. I. González Martínez
Dr. Frederick Ellis
Dr. José S. Belaval
Dr. L. A. Balasquide
Dr. Arquelio Ramírez
Dr. Luis R. Moczó
Dr. Honorato Estella (2)
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Manuel de la Pila
Dr. Ramón Maldonado
Dr. Elías C. Segarra
Dr. Eduardo D. Maldonado
Dr. J. Forastieri (2)
Dr. Jacinto Zaratt
Dr. Julio A. Santos
Dr. Jorge del Toro
Dr. Max D. Sánchez
Dr. J. Rodríguez Olmo
Dra. Ana Janer

FONDO PRO MEJORAS AL EDIFICIO

Compañeros que han aportado hasta la fecha su cuota de cien dólares:

Alonso, Miguel
Amoros, Luis A.
Antommattei, Armando
Añeses Arrache, José
Asencio, Fernando
Astor, Manuel A.

Barbosa, Guillermo
Bernabe, Rafael
Bladuell, Héctor A.
Blanes, Rafael A.
Bond, E. M.
Bou, Alfredo L.
Bou, Alfredo V.

Caballero, Mariano B.
Cajigas, Tomás
Cardona, Néstor de
Carrasquillo, H. F.
Carrión, Arturo
Casalduc, F. J.
Colón, Julio E.
Colón, Rafael
Curbelo, Pablo G.

Dávila, Basilio
del Llano Sánchez, José Manuel
Domínguez, César

Estella, Honorato

Fernández García, Eugenio
Fernández, Luis J.
Fernández Marchante, F.
Fernández, Ricardo F.
Ferrer, José C.
Font, J. H.
Font Suárez, V.
Fossas, Manuel
Franceschi, Andrés

García Cabrera, E.
Garrido Collazo, J.
González, José F.
González Martínez, Isaac

Homedes, Juan

Iguina, José A.

Janer, Manuel
Jiménez, José D.
Juliá, Mario

Landrón, José
Laugier, Agustín R.
López de la Rosa, L.

Marqués, Guillermo
Márquez, Francisco
Marty, Randolfo
Mejía Ruiz, R.
Mejí, Alberto
Moczó, Luis R.
Montalvo Guenard, J. L.
Morales, Luis Manuel
Morales Otero, Pablo
Morales Ruiz, J. S.
Moreno, Narciso
Muñoz, Justo Luis
Muñoz MacCormick, C. E.

Navas Torres, A.
Noya Benítez, J.

Orpi, Pedro
Ortiz, Antonio
Otero López, A.

Palmieri, Julio
Palou, Pedro J.
Pavía Fernádez, Manuel
Perea, Augusto

Perea, Nelson
Pérez, Eduardo R.
Picó, José
Pietri, Agustín
Pila, Manuel de la
Pons, Juan A.
Pujadas Díaz, Manuel

Ramírez, Arquelio
Ramírez, Urbano
Ramos Lebrón, J.
Ramos Mimoso, J. R.
Rivas, Jaime
Rivera Aulet, R.
Rodríguez, Calixto
Rodríguez Olleros, A.
Roldán, Amalio
Rojas, Elí, S.
Romeu Ortiz, E.
Rovira Palés, Carlos

Sabater, Juan A.
Sánchez Castaño, F.
Santos, Julio A.
Santos, Luis F.
Señeriz, R. H.
Serra Chavarry, J.
Sifre, Ramón J.
Suárez, Ramón M.
Susoni, Antonio H.
Susoni, Francisco M.

Tomasini, Mario J.
Toro, Jorge del
Trelles, Laureano
Trilla, Federico

Vallecillo, Arsenio
Vallecillo, Luis A.
Velázquez, Rafael

Zapata, Miguel A.

FONDO PRO MEJORAS AL EDIFICIO

Compañeros que han enviado parte de la cuota:

Acosta, Guillermo
Acosta, Raúl R.
Acosta Velarde, Jaime
Alfaro Díaz, Félix
Arbona, Guillermo

Balasquide, Lorenzo
Berio, Francisco
Biamón, Luis L.
Buxeda, Fernando

Cadilla, Arturo
Caso, Hilario
Clavell, Luis C.
Costas Durieux, Jaime L.

Dunscombe, Colby W.

Fas Fagundo, Nayip
Fernández Fuster, M.
Fernández Valdés, A.
Ferrer Delgado, Tomás
Francisco, Roberto
Fuster, Jaime L.

García Bird, J.
García, David E.
García Soltero, A.
Godreau, Miguel F.
González, Carlos
González Flores, J. R.
González, Héctor M.

Hernández del Valle, Pedro

Igartúa, Gregorio
Lassisse, Enrique
López, Hilton L.

Malaret, Pedro
Mariani, Miguel A.
Martínez Alvarez, A.
Martínez, Ernesto J.
Martínez Rivera, E.
Mejías, Francisco J.
Menéndez, José
Mujica, Agustín

Oliveras Guerra, A.

Pérez Toledo, A.

Quilichini, Carlos A.
Quintero, Ernesto
Quiñones, Jesús M.

Ramírez Cuerda, T.
Reinhardt, Alice
Rivera, Rafael
Río, Juan del
Roca, Julio C.
Rodríguez Pastor, J
Rodríguez Pérez, David
Román Benítez, M.
Ruiz de Porras, F.

Sánchez, Luis A.
Sánchez, Max D.
Skerrett, Víctor
Soto Ramos, José

Velázquez, Federico
Veve, Miguel
Vilar, Rafael A.

FIRMAS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE HASTA LA FECHA HAN CONTRIBUIDO PARA EL EQUIPO DE LA NUEVA BIBLIOTECA

Abbott Laboratories
Mead Johnson Company
Winthrop Chemical Company
Lederle Laboratories Company
Sterling Products
César A. Toro
H. V. Grosch Company
Burroughs Wellcome Company
E. R. Squibb & Sons
Schering Corporation
Cutter Laboratories
Afleg Laboratories
Pelegrina & Lloréns
Ciba Pharmaceutical Products
Hoffman-La Roche, Inc.
Roche-Organon, Inc.
Parke Davis
Frank W. Horner, Inc.
Vincent Christina & Co.
Endo Products, Inc.
Enrique Vélez Posada
A. S. Aloe Company

¿SON LAS VITAMINAS UN FACTOR AUN DESCONOCIDO?



● Las vitaminas ya no son un factor desconocido. Como resultado de los experimentos y ensayos clínicos más recientes, la necesidad de las vitaminas en la alimentación infantil, es ahora un hecho científicamente comprobado, y sus propiedades, un elemento esencial para el crecimiento y el desarrollo apropiado de los bebés.

Por ejemplo, un bebé normal de 5 meses, que pesa 6¾ kilogramos y requiere 3 cucharadas de DRYCO (22.5 gramos) con carbohidratos, recibiría lo siguiente en valor vitamínico:

VITAMINA	CANTIDAD
A	473 Unidades Internacionales
D	75 Unidades Internacionales
B_1	27 Unidades Internacionales
B_2	0.41 miligramos
Niacina	0.41 miligramos

(Otros factores del Complejo de la Vitamina B, naturalmente presentes en la leche fresca, se retienen mayormente por medio del procedimiento de Deshidratación por Dispersión, que se emplea en la elaboración de DRYCO.)

DRYCO contiene una cantidad *adecuada* de vitaminas para que los bebés se desarrollen sanos y bien nutridos. Y esto es además del famoso análisis DRYCO que asegura un contenido *alto de proteína*, un contenido *bajo de grasa* y un contenido *moderado de carbohidratos*.

DRYCO

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL

Distribuidores para Puerto Rico:

PLAZA PROVISION COMPANY, Allen 15, San Juan, P. R.

THESODATE (Brewer)

Definition: Thesodate (Brewer) is the original ENTERIC COATED tablet of Theobromine Sodium Acetate.

Indications: Thesodate (Brewer) is indicated in the treatment of coronary artery disease, edema, and hypertension.

Distribution: Thesodate (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
*Thesodate, 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

Dose: One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION:

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G., Arch. Int. Med., Vol. 60, page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F., J. A. M. A., Vol. 109, page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E., Am. H. Jour., Vol. 19, page 639, Number 6, June, 1940.

* Thesodate, 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, INC. **Worcester, Mass., U.S.A.**

Pharmaceutical Chemists Since 1852

HERISAN

(MARCA REGISTRADA)

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" Y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA:			
50,000 U. I. de Vitamina A			
6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo		10 gramos
Acido Bórico			2 gramos
Oxido de Zinc			15 gramos
Talco			15 gramos
Vehículo			58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en: HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, etc.

Preparado por

ANDROMACHUS CORPORATION

22 East 49th Street. New York 1s-17, N. Y.

Distribuidor: **E. VELEZ POSADA**, Plaza de Colón, San Juan.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL
(Organizada en 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

PARA EL

Cirujano General

Curso combinado que comprende: cirugía general, c. traumática, c. abdominal, gastro-enterológica, ginecología y urológica. Asistencia a conferencias, presencia a operaciones, examen pre-operatorio y post-operatorio de enfermos así como un curso ulterior en las salas. Patología, radiología, fisioterapia. Demostraciones en el cadáver sobre anatomía quirúrgica, cirugía torácica, anestesia regional. Cirugía operatoria y ginecológica en el cadáver.

CURSOS COMPLETOS Y CLINICA
DE LAS ENFERMEDADES DE

OJOS - OIDOS
NARIZ
GARGANTA

Obstetricia y Ginecología

Un curso completo. En Obstetricia: conferencias; clínica prenatal; presencia a partos normales y operatorios; operatoria obstétrica (maniquí).

En Ginecología: conferencias; exploración clínica; presencia de operaciones; examen pre-operatorio de pacientes; clínica post-operatoria de las pacientes en las salas.

Patología obstétrica y ginecológica; anestesia regional (en cadáver). Asistencia conferencias en Obstetricia y Ginecología.

PROCTOLOGIA,
GASTRO-ENTEROLOGIA
Y MATERIAS
DE LA ESPECIALIDAD

PARA INFORMES DIRIGIRSE A
MEDICAL EXECUTIVE OFFICER: 345 West 50th St., New York City

HEPARENTOL

Solución parentérica de Extracto de Hígado Total con Vitamina B_1
5 cc. representan 2000 UI de Vitamina B_1 y 100 grms. de Hígado Fresco

Combinación excelente en el tratamiento de la anemia perniciosa y anemias secundarias atípicas en las que la acción hematopoyética del hígado es deseable.

DOSIS: 5 cc. inyectados en la región glútea bajo la dirección del médico.



100 cc. 50 cc. 10 cc. 5 cc.

Distribuidores: PELEGRINA & LLORENS, Salvador Brau 70, San Juan.

Producto de **AFLEG LABORATORIES** San Juan, P. R.

NUESTRAS ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

Elíxir Neo-IRON—Antianémico al Sulfato de Hierro Ferroso.
Elíxir Neo-IRON COMPLEX—Antianémico al Sulfato de Hierro Ferroso, Complejo de Vitamina B y Extracto de Hígado.
Jarabe Neo-IRON—Antianémico al Sulfato de Hierro Ferroso en medio no alcohólico.
Jarabe Yod-IRON—Yodo y Hierro Ferroso.
Heparentol—Extracto de Hígado Inyectable, simple o con Vitamina B^1.
Betarol—Vitamina B^1, en Jarabe, Elíxir o Soluciones Inyectables.
Befleg—Complejo de Vitamina B, en Jarabe, Elíxir o Solución Inyectable.
Ferheptol—Hierro, Hígado y Vitamina B^1 inyectables.
Kiliapsin—Contra la aquilia gástrica.
Digesol—Elíxir digestivo.
Bromorange—Sedante del sistema nervioso.
Ferbetal—Cápsulas antianémicas.
Calsuvin—Anticatarral.
Nasofedrina—Efedrina inhalante.

Preparaciones Rigurosamente Eticas
Solicite Muestras y Literatura

AFLEG LABORATORIES

Apartado 3911 **Santurce, P. R.**

Por la Defensa y por la Victoria

En estas circunstancias anormales en que la guerra nos ha colocado no sólo es patriótico hacer uso de nuestros propios recursos sino sencillamente humano. Dejemos, así, en lo que nosotros podamos proveernos, libre a otras regiones de nuestra Nación de la carga que significa suministrar a las demás y así ella podrá mejor ayudar y suplir a nuestros muchachos en los campos de batalla, que es lo primordial.

Estimamos urgente que busquemos dentro de nosotros mismos nuestra propia ayuda. A este fin y a la medida de nuestras fuerzas ponemos todos nuestros medios, nuestro entusiasmo y nuestra reputación al servicio y a la realización de tan brillante **Ideal.**

La reputación de nuestra firma, nuestro entusiasmo y nuestros medios se asientan en un solo detalle: En los DOCE años transcurridos ya y dedicados devotamente a la fabricación y a la distribución en cantidad creciente, de nuestras especialidades farmacéuticas; distribución y fabricación honesta y ética, hecha posible por la brillante cooperación recibida de nuestros médicos y nuestros farmacéuticos, que depositando confianza suficiente en nosotros hallaron ciertas nuestras afirmaciones. Ello fué posible también porque aquella confianza depositada en nosotros nunca fué defraudada ni lo **será jamás.** Ello es nuestra Vida y nuestra Vida es nuestra **defensa activa.**

COMPRE BONOS DE GUERRA



Historia de la Hemoterapia

La primera transfusión de sangre realizada con éxito se remonta a los tiempos de Luís XIV y la practicó en Paris, en junio de 1667, el doctor Jean Baptiste Denis. Se trataba de un joven de unos 15 años, víctima de una fiebre desconocida, a quien se le transfundió sangre de cordero. La segunda transfusión fracasó y el procedimiento fué declarado ilegal, salvo con la sanción de la Faculté de Medicine.

* * *

Los comienzos son siempre escabrosos. El arte de la transfusión ha ido muy lejos y ha culminado con el advenimiento de la plasmoterapia.

El Plasma Sanguíneo "LYOVAC" (plasma normal humano liofilizado) representa la última palabra en materia de sucedáneos sanguíneos y actualmente se emplea con notables resultados en el tratamiento del *shock*, *hemorragias*, *quemaduras graves*, *hipoproteinemia*, *etc.* No requiere la clasificación previa de la sangre del receptor y en su forma deshidratada se conserva muchos años sin necesidad de refrigeración y sin perder ninguna de sus propiedades terapéuticas.

Presentación: En váculas de 50 cç. y 250 cc. con un frasco de agua destilada y apirogenética para convertir el plasma a su estado original líquido en pocos minutos.

Sharp & Dohme, Philadelphia, E. U. A.

PLASMA SANGUINEO "LYOVAC"



SEDACION E HIPNOSIS SEGURAS

ENTRE los derivados del ácido barbitúrico que disfrutan de la buena aceptación del cuerpo médico se destacan los siguientes: 'Amytal' (Ácido Isoamiletilbarbitúrico, Lilly), sedante e hipnótico; 'Seconal Sódico' (Barbiturato Propil-metil-carbinil-alil Sódico, Lilly), hipnótico de acción rápida y corta duración; y 'Amytal Sódico' (Barbiturato Isoamiletil Sódico, Lilly), hipnótico y anticonvulsivo. El 'Amytal' ejerce una acción depresiva selectiva sobre la corteza cerebral, sin evidencia demostrable de depresión neuromuscular periférica en el diafragma. La acción del 'Amytal Sódico' es más rápida pero de duración más corta que la del 'Amytal.' El 'Seconal Sódico' tiene una acción corta, produce efecto rápido, y es relativamente atóxico dentro de la latitud de las necessidades terapéuticas.

PARA LAS RECETAS MEDICAS

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION

Indianapolis 6, Indiana, E.U.A.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

AÑO XXXVII MARZO, 1945 NUMERO 3

SEP 7 1945

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

SHOULD VITAMIN D BE GIVEN ONLY TO INFANTS?

VITAMIN D has been so successful in preventing rickets during infancy that there has been little emphasis on continuing its use after the second year.

But now a careful histologic study has been made which reveals a startlingly high incidence of rickets in children 2 to 14 years old. Follis, Jackson, Eliot, and Park* report that postmortem examination of 230 children of this age group showed the total prevalence of rickets to be 46.5%.

Rachitic changes were present as late as the fourteenth year, and the incidence was higher among children dying from acute disease than in those dying of chronic disease.

The authors conclude, "We doubt if slight degrees of rickets, such as we found in many of our children, interfere with health and development, but our studies as a whole afford reason to prolong administration of vitamin D to the age limit of our study, the fourteenth year, and especially indicate the necessity to suspect and to take the necessary measures to guard against rickets in sick children."

*R. H. Follis, D. Jackson, M. M. Eliot, and E. A. Park: Prevalence of rickets in children between two and fourteen years of age, Am. J. Dis. Child. 66:1-11, July 1943.

MEAD'S Oleum Percomorphum With Other Fish-Liver Oils and Viosterol is a potent source of vitamins A and D, which is well taken by older children because it can be given in small dosage or capsule form. This ease of administration favors continued year-round use, including periods of illness.

MEAD'S Oleum Percomorphum furnishes 60,000 vitamin A units and 8,500 vitamin D units per gram. Supplied in 10- and 50-cc. bottles and boxes of 48 and 192 capsules. Ethically marketed.

MEAD JOHNSON & COMPANY, Evansville 21, Ind., U.S.A.

P. O. Box 3081 — San Juan, P. R.

SUMARIO

Página

Further Studies on Eclampsia with Emphasis on Treatment, M. Fernández Fuster, M.D., and María Amalia Parés, M.D., Fajardo, P. R. ---------- 79

Osgood-Schlatter's Disease - Surgical Treatment by Autogenous Bone Pegging - Report of two cases, Luis A. Passalacqua, M.D., and Eustaquio B. Ferraiuoli, M.D. - 86

The Management of Labor under Continuous Caudal Anesthesia and Report of cases, Rafael A. Gil, M.D., Santurce, P. R. ---------- 93

Notas sobre cómo actúan las Sulfas, Luis M. González, Ph. D., San Juan, P. R. ---------- 99

La esquistosomiasis en Santo Domingo, Héctor Read, M.D., Ciudad Trujillo, R. D. ---------- 105

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del mes ---------- 110

Asociaciones de Distrito ---------- 110

Sección de Oftalmología y Otorrinolaringología ------ 111

Exámenes de Reválida ---------- 111

Personales ---------- 112

Noticias médicas del exterior ---------- 112

Página del Auxilio Médico Mutuo ---------- 114

Fondo pro mejoras al Edificio ---------- 115

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

(Publicación Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico)

Avenida Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, Puerto Rico

DR. E. MARTINEZ RIVERA
Editor y Administrador

Editores Asociados

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. A. M. MARCHAND
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

El BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO es el órgano oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico. Se publica el día último de cada mes, constando cada volumen de 12 ediciones.

Los trabajos originales deben ser enviados al Editor-en-Jefe, Apartado de Correos 3866, Santurce 29, Puerto Rico, o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); año; volumen y página. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Si el artículo viene acompañado de ilustraciones, debe indicarse en el texto el sitio donde se desea que sean éstas intercaladas. Al dorso de cada ilustración debe hacerse constar claramente el título que deberá acompañarla.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Editor-en-Jefe.

Información en relación con anuncios será suplida a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio estará sujeto a la aprobación del Editor-en-Jefe.

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Puerto Rico under the act of August 24, 1912.

THE NAME TO REMEMBER!



PROLUTON, Schering's chemically pure, crystalline progesterone, provides rational and effective parenteral therapy in corpus luteum hormone deficiency states.

Decisive response with **PROLUTON** may be obtained in certain types of *functional dysmenorrhea, premenstrual tension, habitual and threatened abortion* and in *functional uterine bleeding.*

PROLUTON, in ampules of 1 cc. containing 1, 2, 5 and 10 mg.

SCHERING CORPORATION **BLOOMFIELD · NEW JERSEY**

REMEMBER TOO — BUY WAR BONDS TODAY

Distribuidor: CESAR CASTILLO, Tetuán 10, San Juan, P. R.

para aligerar el peso físico...

que pesa sobre la psique



LAS Tabletas de Sulfato de Benzedrina, debido a su benéfica estimulación del sistema nervioso central, tienen la tendencia de disminuir el apetito excesivo, suprimiendo en el paciente obeso—usualmente neurótico—el deseo de comer a todas horas, haciendo que éste se ajuste a la dieta de bajas calorías prescrita por el médico.

El renombrado especialista, J. Ersner, en más de 500 casos de pacientes obesos, y en 55 de individuos "con apetito desmesurado," obtuvo, a pesar de algunos fracasos, pérdidas de 3.2 libras semanales en períodos consecutivos de 3 a 12 semanas.

Lesses y Myerson después de haber tratado favorablemente con Sulfato de Benzedrina cientos de casos de obesidad, afirman: "*no hemos visto nunca evidencias de afición a la droga.*"

MAS DE 100 AÑOS SIRVIENDO A LA PROFESION MEDICA

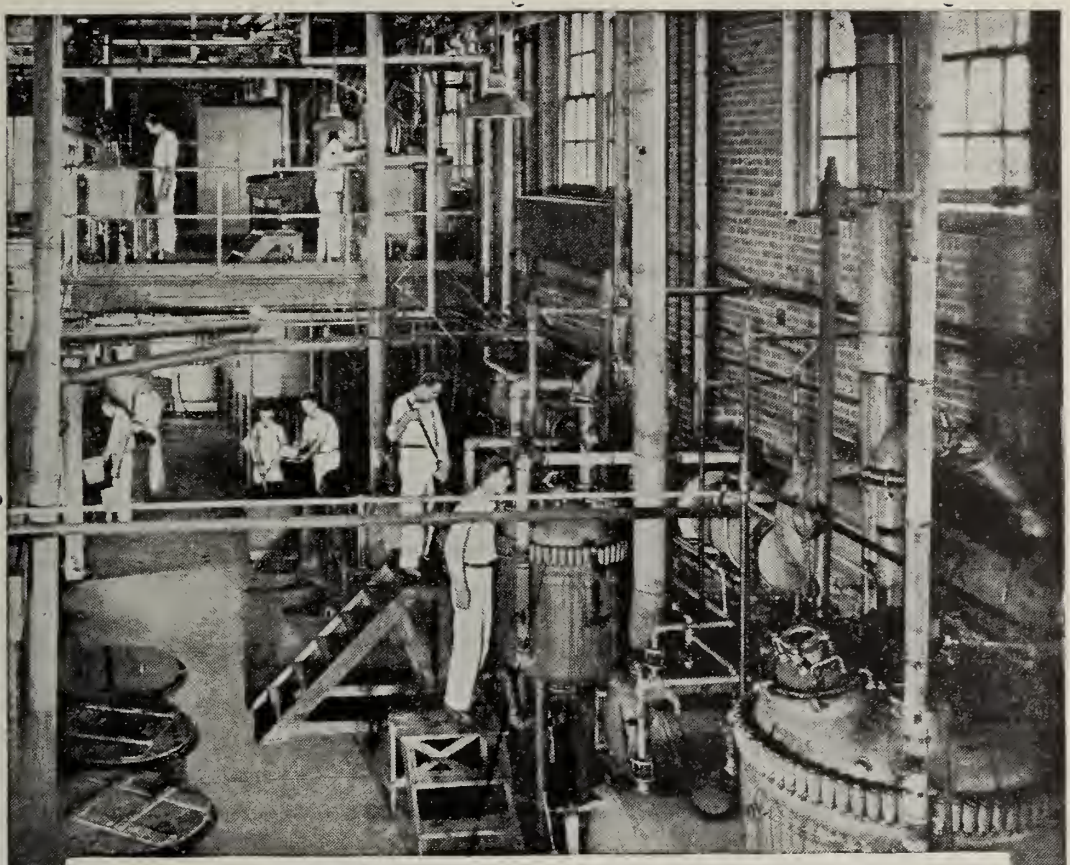
SKF 1841 1941

A su petición le enviaremos directamente literatura, posología y muestros sobre este producto.

TABLETAS DE

SULFATO DE BENZEDRINA

LABORATORIOS SMITH, KLINE & FRENCH • FILADELFIA, PA., E. U. A.



se destaca por...

ESMERO EN LA ELABORACION

Los aparatos más modernos—muchos de ellos diseñados especialmente—forman las grandes plantas de MERCK. El personal es especializado. El ambiente, rigurosamente higienizado. La fabricación de los productos MERCK resulta por lo tanto de excelencia máxima. Nuestros investigadores científicos hallan que los productos finales corresponden exactamente a sus fórmulas. Por esto, todo producto MERCK es de alta calidad y de completa confianza.

Sea usted médico, químico, farmacéutico o fabricante, escríbanos y le remitiremos información detallada sobre nuestros productos y sus precios.

MERCK & Co., Inc.

QUIMICOS • MANUFACTUREROS

Rahway, New Jersey, Estados Unidos de América

Sonriente por bien nutrido
¡cuánto este niño ha engordado,
cuánto este niño ha crecido!

Es que su mamá le ha dado
de CLAPP'S el gran alimento
que lo mantiene contento,
robusto y bien sustentado.



NO hay peligros ni vacilaciones cuando, para nutrir al bebé, se emplean ALIMENTOS CLAPP'S PARA NIÑOS. Elaborados en cooperación con especialistas en materia de nutrición infantil, abundan en cuantos elementos alimenticios son esenciales para el crecimiento normal de la criatura. No sólo son fáciles de digerir, sino que su sabor es gratísimo al paladar de los nenes.

EL INSTANT CEREAL y la AVENA INSTANT de CLAPP'S contienen, cada uno, *3 veces más* hierro que los cereales ordinarios en grano que no han sido elaborados especialmente, y 2½ veces mas unidades de vitamina B_1. Se explica así, que los médicos recomienden estos cereales cocidos de antemano y de fácil preparación, como ideales para el primer alimento sólido de la criatura.

Por su consistencia, que no es ni demasiado líquida, ni demasiado espesa, sobresalen las 18 variedades de los ALIMENTOS COLADOS (strained) CLAPP'S. El sumo valor nutritivo de estas sopas, legumbres y frutas se mantiene mediante el método científico de cocimiento a presión de CLAPP'S.

Si se requiere un plan de alimentación bien equilibrado, para niños de más edad, ahí están los ALIMENTOS CLAPP'S "JUNIOR", entre los que las mamás disponen, a escoger, de 15 variedades. Incluyen *combinaciones* de vegetales y carne que contienen hasta 10 elementos nutritivos distintos y todos ellos fuentes de salud, *en cada porción*. Esta variedad acostumbra al niño a probar diferentes sabores en su alimento.



ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN

Los bebés reciben los alimentos CLAPP'S sonriendo
...porque saben que son ricos.

ALIMENTOS PARA NIÑOS CLAPP'S

INSTANT CEREAL PRE-COOKED	INSTANT OATMEAL PRE-COOKED	STRAINED FOODS 18 VARIETIES	JUNIOR FOODS 15 VARIETIES

Distribuidor para Puerto Rico: FRANCISCO N. CASTAGNET
Tanca 1, San Juan, P. R.



CORAMINE

(ORAL)

Since the efficacy of orally administered CORAMINE* (pyridine-beta-carboxylic acid diethylamide) in dyspnea of cardiac and pulmonary origin was first shown a decade ago, its clinical use has steadily expanded.

CORAMINE Liquid for oral use is available in bottles of 15 cc. (½ fl. oz.), 45 cc. (1½ fl. oz.) and 90 cc. (3 fl. oz.).

Dosage: 2-3 cc. from 3 to 8 times daily.

*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off.

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC., SUMMIT, NEW JERSEY

IN CANADA—CIBA COMPANY LIMITED, MONTREAL

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc.
Salvador Brau 70 — San Juan 17, P. R.



¿CUAL ES EL CARBOHIDRATO IDEAL?

'DEXIN':

Dextrinas	75%
Maltosa	24%
Residuos Minerales	0.25%
Agua	0.75%

Frascos de 12 onzas y 3 libras.



La leche modificada con 'Dexin' proporciona al médico un método seguro para proteger la salud del niño.

Este producto, por su alto contenido en dextrina, actúa disminuyendo la fermentación intestinal y la tendencia al cólico y a la diarrea. Acelera la formación de un cuajo blando y fácilmente digerible.

El alto valor nutritivo, su riqueza en calorias y su sabor agradable, hacen del 'Dexin' la fórmula perfecta en la alimentación infantil.

MARCA 'DEXIN' REGISTRADA

Carbohidrato rico en dextrina

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

Agente: RAFAEL A. VILLAMIL - Apartado 530, San Juan 3, P. R.

Por Qué S. M. A. es el Alimento Ideal para Niños Faltos de Leche Materna

Los médicos están de acuerdo en que la leche materna es el mejor alimento para el niño. Cuando la madre no puede suministrarla, es lógico asumir que se debe usar lo que más se le asemeja.

La leche de vaca—destinada por la naturaleza para la alimentación del ternero—no está bien equilibrada para satisfacer los requisitos nutritivos del niño. Aun las modificaciones cuidadosas no pueden ajustar la leche de vaca a los requisitos exactos del niño.

S. M. A., analizada física y químicamente, demuestra ser esencialmente similar a la leche humana.

Varios años de ensayos clínicos han demostrado que S. M. A.—por sus excelentes resultados nutritivos—es el alimento ideal para los niños faltos de leche materna.

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.
LONDRES, INGLATERRA SYDNEY, AUSTRALIA
WALKERVILLE, CANADA

Distribuidores:
CASTAGNET & CASTILLO CO.
P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

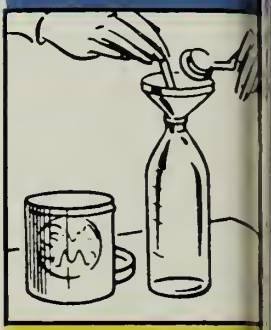
FS3, 1-40 SPANISH B IMPRESO EN E. U. A

Recete S. M. A. Cuando la Leche Materna

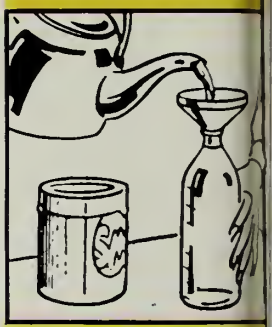
- **No pueda ser obtenida.**
- **Sea de baja calidad.**
- **Sea insuficiente.**

Se puede dar S. M. A. a niños de cualquier edad. Se le puede dar sin modificación ni cambio a los niños normales nacidos a su término. Se les puede dar S. M. A. desde su nacimiento hasta los doce meses o más si se desea. Al crecer el niño no hay más que aumentar la cantidad, como sucede con la leche materna.





Vacíe el polvo en el embu
hágalo pasar dentro de la bo



Agregue la cantidad requerid
agua hervida tibia.



Póngale el tapón a la botell
agite el contenido para disolv

S. M. A. Corporation, Chicago, Ill., E. U. A.

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.
LONDRES, INGLATERRA SYDNEY, AUSTRALIA WALKERVILLE, CANADA

MEDICACION COMPLETA CON EL COMPLEJO DE LA VITAMINA B

En el Elixir Galen B* Fortificado todo el complejo de la Vitamina B natural — derivado del salvado de arroz — se utiliza como vehículo para llevar mayores niveles de tiamina y riboflavina. Cada onza del Elixir Galen B Fortificado suministra 3333 Unidades Internacionales de Vitamina B_1 y 2.5 gramos de riboflavina, **además de cantidades efectivas de todos los demás factores incorporados en el salvado de arroz,** una fuente rica de todos los factores del complejo de la Vitamina B.



Cada cucharada (15 ml.) contiene no menos de:

Clorhidrato de tiamina (Vitamina B_1)	10.0 mgs.
Riboflavina (Vitamina B_2)	2.5 mgs.
Piridoxina (Vitamina B_6)	2.25 mgs.
Niacina (Acido Nicotínico)	30.0 mgs.
Acido Pantoténico	6.0 mgs.

El Elixir Galen B Fortificado contiene, además, los miembros aun no separados del Complejo de la Vitamina B, tales como la Biotina, el factor Eluate, Inositol, Cholina, Acido Fólico, y el factor del Filtrado.

Cada onza fluída contiene también:

Hierro (como citrato de hierro y amonio)	½ gr.
Manganeso (como citrato de manganeso)	¼ gr.

Cómo Tomarlo: El Elixir Galen B Fortificado puede tomarse sin diluirlo, o puede agregarse a cualquier alimento líquido o semi-sólido. Las dosis profilácticas para adultos varían de una a dos cucharadas diariamente. Para uso terapéutico se recomienda aumentar estas cantidades al doble.

Envase: El Elixir Galen B Fortificado se envasa en frascos de 4 oz. (118.3 ml.), y 8 oz. (236.6 ml.).

Mediante el uso del Elixir Galen B Fortificado en la terapia con tiamina y riboflavina, el médico puede estar seguro de que sus pacientes estarán protegidos **automáticamente, y sin necesidad de una segunda receta,** contra los peligros de la medicación incompleta y deficiente en algunos de los factores de la Vitamina B.

Galen Company

BERKELEY, CALIFORNIA, E. U. A.

Distribuidor: **RODOLFO BERNAL, Apartado 2048, San Juan, P. R.**

¡A sus órdenes!

Podemos atender sus pedidos por esparadrapo, algodón, gasa y vendajes

También hemos continuado fabricando—dentro de las limitaciones impuestas por la situación actual—nuestra extensa línea de artículos de goma SEAMLESS, conocida por su calidad superior.

Al necesitar algún artículo de nuestra producción, consulte a nuestros agentes. Ellos le atenderán y cooperarán en lo posible para darle buen servicio. ¡Visítelos!

El esparadrapo "SR" es un producto que goza de extraordinaria demanda porque no irrita, se adhiere bien y se despega con facilidad.

El surtido de apósitos quirúrgicos "SR" es una línea completa: incluye algodón, gasa y vendajes.



FABRICANTES DE LOS GUANTES "SR" STANDARD PARA CIRUJANOS

The **SEAMLESS** **SR** **RUBBER** *Company*

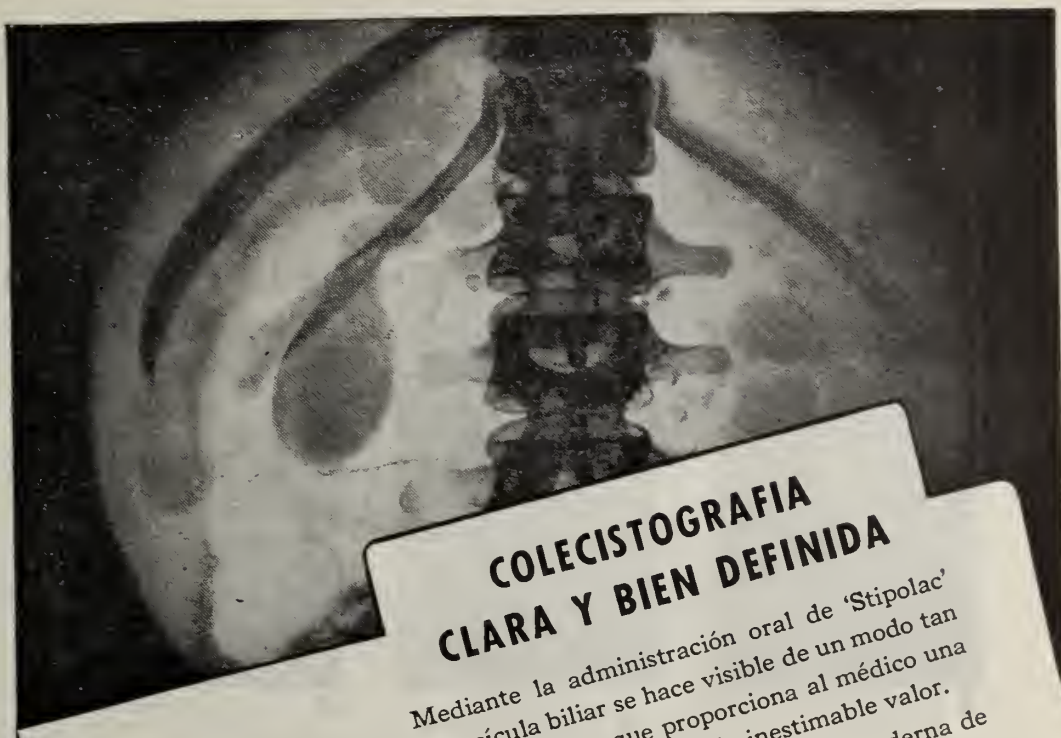
NEW HAVEN, CONNECTICUT
E. U. A.

Marca de Fábrica Registrada

FABRICANDO ARTICULOS DE GOMA DESDE 1877

(NOMBRE Y DIRECCION DEL AGENTE)

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc.
Salvador Brau 70 — San Juan 17, P. R.



COLECISTOGRAFIA CLARA Y BIEN DEFINIDA

Mediante la administración oral de 'Stipolac' la vesícula biliar se hace visible de un modo tan patente y claro que proporciona al médico una orientación diagnóstica de inestimable valor.

El '*Stipolac*' es una preparación moderna de tetrayodofenolftaleina en combinación con un acidificador, con lo cual la substancia está libre de todo efecto desagradable (vómitos, gastritis, etc.), proporcionando una perfecta visualización de la vesícula.

Frascos de 3.5 y 4 gmos.



MARCA 'STIPOLAC' REGISTRADA

Tetrayodofenolftaleina Sódica

para la colecistografía.

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

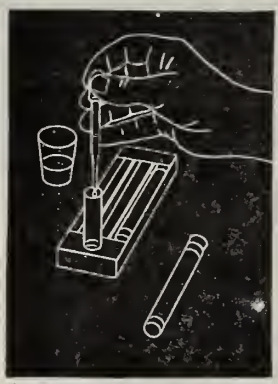
Agente: RAFAEL A. VILLAMIL - Apartado 530, San Juan 3, P. R.

Presentamos a

CLINITEST

(TABLETAS PARA ANALISIS DE AZUCAR EN LA ORINA)

NOVISIMO! REQUIERE *MENOS* DE UN MINUTO



1 **5 gotas de orina** *más* 10 de agua.



2 **Echese la tableta.**



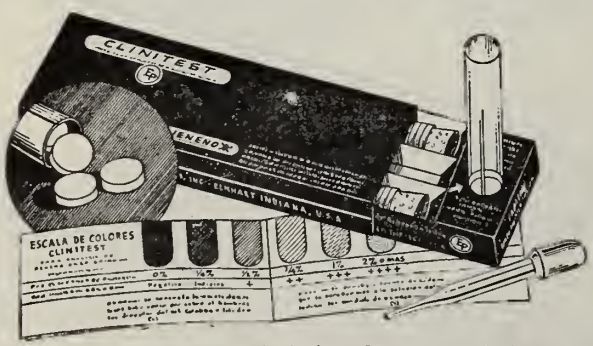
3 **Espérese la reacción y compárese con la escala de colores.**

Este novísimo y rápido método para determinar la presencia de azúcar en la orina ha sido desarrollado para llenar las necesidades de médicos, técnicos de laboratorio, enfermeras y pacientes diabéticos.

Ofrece estas ventajas práeticas:

RAPIDEZ—El análisis puede ser hecho en menos de un minuto.

SENCILLEZ—No hay nada complicado. Nada que calentar. Las tabletas mismas producen su propio calor.



SEGURIDAD—El método Clinitest está basado en una modificación de la conocida reacción de Benedict. Las graduaciones en la escala de colores indican azúcar a 0%, ¼%, ½%, ¾%, 1% y 2% o más.

COMODIDAD—En el juego Clinitest no hay líquidos—por tanto no hay nada que se pueda derramar. Son juegos pequeños, compactos, que pueden llevarse en el bolsillo o cartera.

ECONOMIA—El precio de venta es muy módico—resultando en una notable economía para cuantos necesiten hacer análisis de esta clase.

AMES COMPANY, INC.

Representante para Puerto Rico: FRANCISCO GARRATON, S. en C.
Allen 85 — Apartado 1541 — San Juan, P. R.

TRATAMIENTO ININTERRUMPIDO . . .



SUEÑO REPARADOR

En algunos pracesas inflamatarias lacoles, tales como resfrías de pecha, dolores de gorgonto, torceduros, lesiones leves, contusiones, furúnculos y corbúnculos, lo condición del pociente, que necesita tronquilidod y reposo, puede ser seriamente afectoda.

Praporcionondo analgesia y descongestión por ocho horos o más con una sola aplicación de NUMOTIZINE el paciente es posible que duerma sin interrupción todo la noche.

NUMOTIZINE

CATAPLASMA ANALGESICA Y DESCONGESTIVA

Con NUMOTIZINE no hay necesidad de combiar frecuentemente las vendajes, ni son necesorias botellas de oguo coliente.

NUMOTIZINE contiene guayacol, creosoto de hoya, soliciloto de metilo, solución de formaldehida en una base de glicerino, quimicamente puro, y silicoto de aluminio.

Es fácil de ponerse y quitorse. Se suministro en torros de cristol de 57, 114, 228, 425 y 850 gromos.

NUMOTIZINE, INC., 900 NORTH FRANKLIN ST., CHICAGO 10, ILLINOIS, E. U. de A.







Agente y Distribuidor exclusivo para Puerto Rico:
FRANCISCO N. CASTAGNET - Tanca 1, San Juan, P. R.

ANEMIA POR DEFICIENCIA

CAPSULAS HEMONUTRIN

Para un aumento óptimo de la hemoglobina

HIERRO

EN FORMA DE GLUCONATO

COMPLEJO B

HIGADO



COMPOSICION:	Cada Cápsula	Dosis Diaria (9 Cápsulas)
GLUCONATO FERROSO	194 mg.	1750 mg.
EXTRACTO DE HIGADO (Fracción Secundaria)	97 mg.	875 mg.
CONCENTRADO DE LEVADURA	32 mg.	292 mg.
CLORURO DE TIAMINA (B^1)	100 U.I.	900 U.I.
RIBOFLAVINA (B^2)	250 mcg.	2250 mcg.
PIRIDOXINA (B^6)	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO PANTOTENICO	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO NICOTINICO	2.5 mg.	22.5 mg.

Más el Complejo B entero contenido en el hígado y en la levadura.

Muestras clínicas y literatura se encuentran a la disposición de la profesión médica a solicitud.

Exclusive Representative:

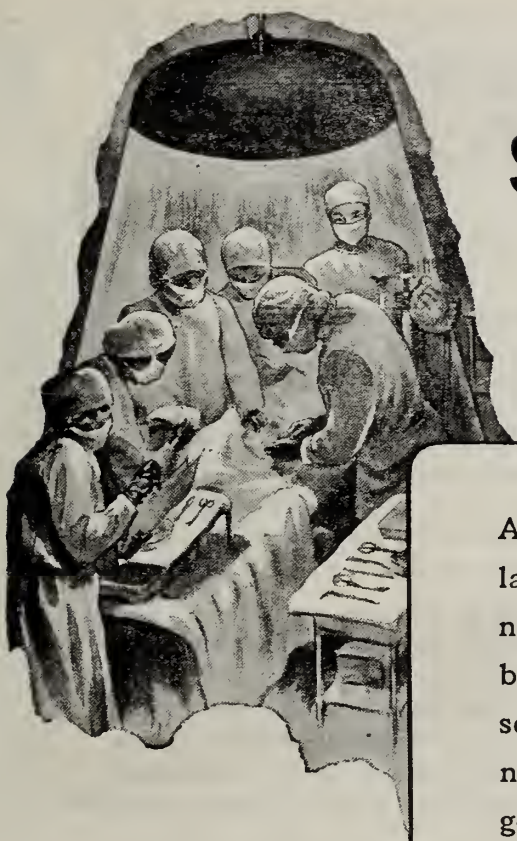
JOAQUIN BELENDEZ SOLA

56 Tetuán St. - P.O. Box 1188

San Juan 6, Puerto Rico

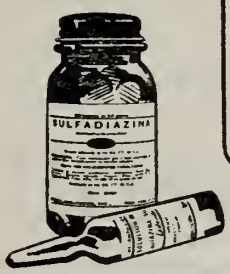
NION CORPORATION

LOS ANGELES NION CALIFORNIA



SULFADIAZINA
en
Cirugía

Administrable por todas las vías (bucal, subcutánea, intravenosa), difusible a través de todas las serosas (pleura, peritóneo, sinoviales, meninges); altamente tolerada y de acción sostenida, la Sulfadiazina constituye el mejor colaborador del cirujano una vez que el bisturí ya ha cumplido cabalmente su misión.



LEDERLE LABORATORIES INC.

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, NEW YORK
SUCURSALES Y REPRESENTANTES EN TODA LA AMÉRICA LATINA

TABLETS FOR *Oral* USE—
AMPULS FOR *Injection*

There has long been a real need for a potent, mercurial diuretic compound which would be effective by mouth. Such a preparation serves not only as an adjunct to parenteral therapy but is very useful when injections can not be given.

After the oral administration of Salyrgan-Theophylline tablets a satisfactory diuretic response is obtained in a high percentage of cases. However, the results after intravenous or intramuscular injection of Salyrgan-Theophylline solution are more consistent.

Salyrgan-Theophylline is supplied in two forms:

TABLETS (enteric coated) in bottles of 25, 100 ond 500. Each tablet contains 0.08 Gm. Salyrgon ond 0.04 Gm. theophylline.

SOLUTION in ompuls of 1 cc., boxes of 5, 25 and 100; ompuls of 2 cc., boxes of 10, 25 ond 100.

Write for literature

ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN. Council on Pharmacy and Chemistry

SALYRGAN-THEOPHYLLINE

"Salyrgan," Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of MERSALYL and THEOPHYLLINE

WINTHROP

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK 13, N. Y. • WINDSOR, ONT.

Distribuidores para Puerto Rico:

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC. - Allen 77, San Juan, P. R.

POR QUE las PLASTULES HEMATOGENAS



tienen HIERRO *en estado* FERROSO

Los hematólogos están de acuerdo en el hecho de que el hierro puede ser absorbido en el conducto intestinal sólo cuando se encuentra en estado ionizado. Sólo aquella fracción del hierro ingerido que sufre un proceso de ionización en el medio ácido de las secreciones gástricas, puede ser absorbido después.

Existen motivos para creer que el hierro es absorbido por la sangre, en gran parte si no exclusivamente, en estado ferroso. Sólo aquella fracción del hierro en estado férrico que es reducido al estado ferroso puede ser absorbido.

El hierro contenido en las PLASTULES HEMATOGENAS está en estado ferroso, es decir, en disposición de ser absorbido inmediatamente y convertido a hemoglobina. Para proteger este estado ferroso contra la oxidación, cada Plástule consiste de una cápsula de gelatina blanda y soluble, cerrada herméticamente.

El hecho de que el hierro suministrado por las PLASTULES HEMATOGENAS esté ya en forma de sulfato ferroso explica el por qué una dosis diaria de sólo 3 PLASTULES HEMATOGENAS frecuentemente produce una elevación de 1% diario en el nivel hemoglobínico de pacientes anémicos.

Cada PLASTULE HEMATOGENA Simple contiene 33.3 centigramos de sulfato ferroso y 5 centigramos de concentrado de levadura.

Cada PLASTULE HEMATOGENA con Concentrado de Hígado contiene 16 centigramos de sulfato ferroso, 17 centigramos de concentrado de hígado (derivado de 339.5 centigramos de hígado crudo) y 5 centigramos de concentrado de levadura.

WFN 9-6-42A

THE BOVININE COMPANY
CHICAGO, ILL., E. U. A

Mantenga un Nivel Optimo de Hemoglobina

RECETANDO PLASTULES HEMATOGE



"Para mantener un nivel normal de los glóbulos rojos de la sangre, debe tener lugar diariamente la formación de aproximadamente 1 billón de hematíes, con un contenido total de 19.44 gramos de hemoglobina."[1]

Las PLASTULES HEMATOGENAS—envasadas en forma conveniente para su dosificación—le proporcionan el medio económico y moderno de proveer adecuadamente esta demanda tremenda de hierro medicinal.

Las PLASTULES HEMATOGENAS suministran sulfato ferroso en pequeñas cápsulas de gelatina blandas y solubles.

En anemias hipocrómicas, tales como las causadas por hemorragias crónicas, embarazo, menstruación, infecciones y deficiencias de la nutrición, las PLASTULES HEMATOGENAS producen una regeneración de la hemoglobina que suele ser muy rápida.

Pueden obtenerse dos tipos de PLASTULES HEMATOGENAS
Simples o con Concentrado de Hígado en envases de 50 Plástules

1. Haden, R.L. "The Specific Treatment of Anemia with Iron and Liver," Illinois Medical Journal, pág. 41, Enero 1941.

Impreso en E. U. A.

THE BOVININE COMPANY
CHICAGO, ILL., E. U. A.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

Publicado mensualmente bajo la dirección de la Junta Editora

Año XXXVII | MARZO, 1945 | Número 3

FURTHER STUDIES ON ECLAMPSIA WITH EMPHASIS ON TREATMENT

M. FERNANDEZ-FUSTER, M. D.*
and
MARIA AMALIA PARES, M.D.

INTRODUCTION

In 1943 the senior author, M. F. F., postulated that the signs and symptoms of the toxemia of late pregnancy are due to a retention of sodium chloride in the tissues in a higher concentration than is compatible with normal physiologcal processes. This was suggested by the well known fact that there is an abnormal retention of sodium chloride in the toxemias, and confirmed by our experiment in which a convulsive syndrome was induced in a nontoxemic primigravida by the intravenous injection of 800 cc. of a 10% solution of sodium chloride.

If a treatment directed towards the correction of the supposed high concentration of sodium chloride in the extracellular tissues will result in a decided lowering of the maternal mortality from eclampsia, then the hypothesis will receive further confirmation.

Since October 1943 we have treated our cases of eclampsia at the Fajardo District Hospital with a hydration-type of treatment. Up to the present, October 31, 1944, we have treated 18 cases with one death, a mortality of 5.5%. Previous to this time we had had 33 cases with 10 deaths, a maternal mortality of 30.3% Therefore, with our present type of treatment the maternal mortality from eclampsia is over five times lower. A more detailed presentation of our statistics will be made below.

Before proceeding any further we shall make an exposition of our ideas about the pathogenesis of the toxemia of late pregnancy. During pregnancy there is an abnormal retention of sodium chloride and water which is more exaggerated in the toxemia of pregnancy. It seems that this condition is due to the hormonal influence of the chorionic tissue, since toxemia does occur in cases of hydatidiform mole and since it is unusually frequent in multiple pregnancies where there is a large placental area. This hormonal influence is probably very similar to that of the adrenal cortical hormones.

The retained sodium is accumulated in the extracellular tissues because the cell membrane is not permeable to sodium. It does not stay in the blood stream because the circulatory system is capable of shifting the excess of sodium chloride

* Presented before the Puerto Rico Medical Association, December 17, 1944.
** From the Department of Obstetrics. Fajardo District Hospital; Fajardo, P. R.

into the extracellular tissues to avoid a marked change in the molecular concentration of the blood or a marked change in the blood volume. At first this excess of extracellular sodium is maintained in isotonic solution by the retention of the water ingested. This is manifested by the appearance of edema. However, it seems that after a time the mechanism responsible for the sensation of thirst is disturbed and while sodium continues to accumulate, a corresponding amount of water is not ingested. The best evidence that this is apparently true was furnished by one of our cases which was an exception, that is, the patient showed a very marked thirst in spite of a severe generalized edema and other signs and symptoms of toxemia. She was not comatose nor had convulsions, but after delivery she became comatose and died. The autopsy revealed lesions characteristic of eclampsia. This may be another instance in which the exception proves the rule.

The result of the accumulation of sodium in the extracellular tissues without the ingestion of a sufficient quantity of water will result in the withdrawal of water from the cells, which become dehydrated. This cell dehydration, we believe, is the essential lesion of the toxemia of pregnancy. This is the same principle postulated by Mc Phail in 1939. However, we don't agree with his suggestion that if the diet has an alkaline ash a toxemia with edema will result and if the ash is acid a toxemia without edema will occur. It is our impression that the mechanism is the same in either case, only that the patient with little or no edema has a more marked disturbance in the salt-water balance. We have gained this impression from the observation that many of our cases admitted with eclampsia have shown little or no edema, but they had been edematous for sometime preceding the onset of convulsions.

It seems that this cell dehydration becomes gradually worse as sodium retention continues, and finally even the blood water is withdrawn into the extracellular tissues resulting in blood concentration. This concentration of the blood has been shown by Dieckmann to precede the onset of convulsions. Apparently, when the state of affairs reaches the point where the blood becomes concentrated, the brain cells have become so dehydrated that they cannot function properly and convulsive seizures ensue. When this happens we find that the patient has an oliguria or anuria which is to be expected as a compensatory mechanism on the part of the body, in an effort to conserve water and resist any further concentration of the cells and the blood. Further evidence of the marked disturbance of the salt-water balance with retention of sodium chloride is to be found in the report of Dieckmann and Kramer, who found that the urine of eclamptic patients is low in chlorides, although the urine is usually concentrated. However, they found that after delivery the concentration of chlorides in the urine increases, in spite of the diuresis that follows.

The experimental work with animals reported by Andrews in 1927 apparently throws some light on the problem of the toxemias. He produced a pathological condition in dogs which he interpreted as a state of uremia, but which we believe resembles more the clinical and pathological picture of human eclampsia. He produced an acidosis in his animals and at the same time injected into them a hypertonic salt solution. The result was a marked retention of the salt which had been injected. The animals developed a marked elevation of the blood pressure,

muscular twitchings, convulsions, coma and finally died. At the same time they also had oliguria, albuminuria and cylindruria. At autopsy it was found that there was considerable necrosis of the liver cells and severe edema of the brain and lungs. The kidneys were essentially normal. A chloride determination of the various organs disclosed that the liver and brain had shown the greatest affinity for the retained chlorides.

METHODS OF TREATMENT. RESULTS OF TREATMENT.

Period of 1940-43. This three-year period may be divided into two groups as far as the type of treatment used. During the first year the treatment consisted for the most part of intravenous administration of 10% magnesium sulphate and 50% glucose solution in 50 cc. doses, plus some barbiturate either by mouth or by hypodermic injection. In this group there were 13 cases with 5 deaths, a mortality of 38%.

The second group includes the last two years of the period of 1940-43. During these two years the use of magnesium sulphate intravenously was continued. Sodium phenobarbital was the sedative of choice and was given in 2-6 grain doses by hypodermic injections. However, the use of 50% glucose was discontinued and a 5% solution of glucose was used instead; but only about 1000 c.c. were given within the first 24 hours. The result was a drop in the mortality to 25%, that is, 20 cases with 5 deaths.

The total number of cases for the period of 1940-43 is 33 as shown in Table 1. There were 10 deaths for a maternal mortality of 30.3%. The results obtained with these types of treatment were obviously, not very good.

Period of 1943-44: During this period our treatment was based on the concept that the signs and symptoms of eclampsia are due to cell dehydration caused by a retention of sodium chloride in large amounts in the extracellular tissues. The main feature of the treatment is the administration of isotonic (5%) glucose solution in water, by vein or by hypodermoclysis, in liberal amounts, with the idea of hydrating the cells of the body. The treatment is carried on as follows: As soon as the patient is admitted a hypodermic injection of 5 grains of sodium phenobarbital and an intravenous injection of 20 c.c. of 10% magnesium sulphate are given. The barbiturate is repeated in similar or smaller dosage as necessary for restlessness. The magnesium sulphate is repeated if the convulsions continue, but as a rule not more than two or maybe three injections of magnesium sulphate are necessary. The administration of 5% glucose solution is started as soon as possible and usually 3,000 c.c. are given in the first six hours. The amount of glucose solution given after the first six hours depends on the patient's response, but a total of 5,000-6,000 c.c. may be given in the first 24 hours. When the convulsions cease and the patient regains consciousness water is given freely by mouth. Antepartum cases after recovery from the eclampsia are given a low salt diet, but with no other dietary restriction. Small doses of phenobarbital are usually given by mouth. The fluid intake, urinary output and blood pressure are carefully followed. No attempt is made to terminate pregnancy in these cases.

TABLE 1
CASES OF ECLAMPSIA

	No. of Cases	Parity		Type of Eclampsia			Deaths	Percent Mortality
		P	M	Antepartum	Intrapartum	Postpartum		
Period of July '40-Sept. 30, '43	33	19	14	13	18	2	10	30.3%
Period of Oct. 1, '43-Oct. 31, '44	18	11	7	12	5	1	1	5.5%

P— Primipara M— Multipara

In intrapartum eclampsia are included those truly intrapartum and those in which it could not be determined whether the eclampsia or the labor had started first.

The results of this treatment are shown in Table 1. Of 18 cases only one died. This patient was admitted in very poor condition and she expired four hours after admission. The maternal mortality was 5.5 percent, which is encouraging indeed. In this connection we want to call attention to the fact that most of our cases arrive at the hospital several hours after the initial convulsion, some of the cases over half a day after and without any treatment in the meantime. Certainly, our cases in this rural area are not comparable to those of the metropolitan areas of the world.

Table 2 shows the time interval between the eclamptic attack and delivery in the antepartum cases of the period of 1943-44. A similar table for the period 1940-43 is not possible because in those cases the pregnancy was terminated either spontaneously or artificially within the first week after the attack of eclampsia.

TABLE 2
INTERVAL BETWEEN ECLAMPTIC ATTACK AND DELIVERY IN ANTEPARTUM CASES - 1943-44

Total No. of Cases	Died Undelivered	Up to 48 hrs.	48 hrs. to 1 wk.	1-2 wks.	2-3 wks.	3-4 wks.	4-5 wks.	5-6 wks.	7 wks.
12	1	4	1	1	0	1	2	1	1

Naturally, the time interval will depend on the age of the pregnancy at the time of the eclampsia, but the table clearly shows that the pregnancy may be preserved in those cases in which the eclampsia occurs relatively early in the third trimester. This was accomplished by the simple expedient of giving a low salt diet and administering small doses of a barbiturate. Two of these cases were sent home after recovery from the eclampsia but had to be readmitted because of a recurrence of preeclamptic symptoms, since they did not follow the treatment at home. One of these two patients was discharged a second time but the blood pressure became elevated again. She refused to enter the hospital again, but she came to the prenatal clinic every week and showed no improvement. Finally she

showed up one day with a normal blood pressure and in early labor. The foetus had died in utero and she delivered a macerated foetus.

Fetal Mortality

The fetal mortality (Table 3) was 50% in the period 1940-43 and 38.3% in the period 1943-44. This includes the babies who died undelivered, still-births and neonatal deaths. The percent of stillbirths and neonatal deaths was almost the same in both periods but in the period of 1943-44 the percent of babies dying undelivered is less than one half that of the first period. The lower fetal mortality rate in the second period is, therefore, a result of the drop in maternal mortality.

TABLE 3
FETAL MORTALITY

	Total No. of Babies	Died Undelivered	Stillbirths	Neonatal Deaths	Total Deaths	Percent Mortality
Period of July '40-Sept. 30, '43	34(x)	4	9	4	17	50.0%
Period of Oct. 1, '43-Oct. 31, '44	18	1	4	2	7	38.8%

(x) There were two sets of twins. There should have been 35 babies but the fate of one of them, born at home, is not known.

Discussion

The results obtained by us during the last 13 months in the treatment of eclampsia with a hydration-type of treatment are so satisfactory as compared with our previous results that we cannot but conclude that the administration of fluids is the most important item in the management of eclampsia. The reports of de Alvarez and Mc Phail point in the same direction. The work of Chesley and Annitto is also very interesting in this connection. They showed that about 20% of pregnant patients who gain abnormal amounts of extracellular water develop preeclampsia. It was possible for them to reduce considerably the incidence of toxemia in these patients by restricting salt and forcing fluids but not by reducing both the salt and fluid intake.

We consider the development of edema by a pregnant patient as a protective mechanism, that is, an attempt on the part of the body to keep the retained sodium in the extracellular tissues in isotonic solution. If such a patient should develop signs of toxemia the chances are that water is not being ingested or retained in sufficient quantity to keep the sodium concentration at a proper level. Under these circumstances a decrease in the edema without an amelioration of the symptoms of toxemia would be an ominous sign because it would indicate a severe disturbance in the salt-water balance.

In the light of this concept the use of hypertonic solutions of such substances as sucrose and sorbitol, which are foreign to the blood, with the idea of producing diuresis in eclampsia is certainly not rational. Dieckmann describes the case of an eclamptic patient who was given two injections of 200 c.c. of 50% sucrose and died rapidly after the second injection, although she was passing about 100 c.c. of

urine per hour. Nothing else could be expected from such a treatment. The administration of hypertonic glucose solutions is also improper although undoubtedly less dangerous because glucose can be rapidly oxidized by the body and additional water obtained from this oxidation. Even Dieckmann, who favors the use of hypertonic glucose solutions in eclampsia, admits that his patients did not do as well when he used 30% glucose as when he used 20% glucose solutions.

We do not want to create the impression that all cases of eclampsia can be rescued by the use of isotonic glucose solution freely. It seems that in some cases the damage done to the brain cells is no longer reversible. Furthermore, cerebral hemorrhage is a fairly frequent complication and it can occur before treatment is started. A maternal mortality of 10% or less is however to be expected with the hydration method of treatment. The fact remains that the prevention of toxemia and early treatment of the beginning toxemia based on the knowledge of the disturbed physiology is the only reasonable approach to the problem.

Summary and Conclusions

1—We believe that the symptoms and signs of the toxemia of late pregnancy are due to the retention of a large amount of sodium chloride in the extracellular tissues with a resulting dehydration of the cells. Our impression is based on the following facts:

a— There is a marked retention of sodium in the toxemias with little or no change in the blood sodium.

b— A convulsive syndrome which could not be distinguished from eclampsia was induced by us in a nontoxemic pregnant woman by the injection of a hypertonic salt solution.

c— A restriction of salt and forcing of fluids during pregnancy causes a decided drop in the incidence of toxemia and a marked improvement in patients with toxemia.

d— The use of a hydration-type of treatment by several workers, including the authors, has been very successful in cases of eclampsia.

2— It seems that the retention of sodium chloride is due to the hormonal influence of the placenta because the clinical picture of toxemia occurs only in pregnancy; it has been reported in hydatid mole and it is very common in multiple pregnancies.

3— The use of liberal amounts of parenteral solutions of 5% (or less) glucose in water should be the treatment of choice. The use of any substance in hypertonic solution is to be condemned. Of the hypertonic solutions, those of glucose are the least likely to be harmful because the glucose is oxidized resulting in the formation of additional water.

4— Not all cases of eclampsia will recover so that a prevention of this malady is still the best way to reduce the mortality from eclampsia. We believe that this can be easily accomplished with our present knowledge of the disturbance of physiological processes in the toxemia of pregnancy. This should not be interpreted

as meaning that the last word has been said because this is far from being true. The toxemias of pregnancy remain as a fertile field for research.

References

1— Andrews: Arch. Int. Med. 40:548, 1927.
2— Chesley, L. C. and Annito, J. E.: Am. J. Obst. and Gynec. 45:961, 1943.
3— de Alvarez, R.R.: Am. J. Obst. and Gynec. 39:476, 1940.
4— Dieckmann, W.J. and Kramer, S.: Am. J. Obst. and Gynec. 41:1, 1941.
5— Dieckmann, W.J.: The Toxemias of Pregnancy, St. Louis, 1941, The C.V. Mosby Co.
6— Fernández-Fuster, M.: Bol. Asoc Med. Puerto Rico 36:109, 1944.
7— Mc Phail, F.L.: West J. Surg. Obst. and Gynec. 47:306,1939.

OSGOOD-SCHLATTER'S DISEASE

SURGICAL TREATMENT BY AUTOGENEOUS BONE PEGGING

Report of Two Cases

LUIS A. PASSALACQUA, MAJ., M.C., A.U.S.

and

EUSTAQUIO B. FERRAIUOLI, MAJ., M.C., A.U.S.

Synonyms: 1. Epiphysitis of the tibial tubercule.
2. Osteochondritis of the proximal epiphysis of the tibia.
3. Tibial tubercle apophysitis.

Introduction

Osgood-Schlatter disease is a condition in which one of several methods of treatment is successful in producing effective cures, provided the right method is chosen for each individual case. The selection of the procedure must rest on the careful consideration of the general condition of the patient, his age, how quickly the restoration should be accomplished, the intensity of the symptoms, and the duration of the disease. If the individual case is thus considered from every angle, either conservative or surgical treatment will give excellent results.

Definition:

Osgood-Schlatter disease is a relatively rare condition of the tibial tubercle, characterized by a partial separation of the tubercle from the shaft of the tibia, manifested clinically by pain, tenderness, and local swelling, with partial loss of function.

Osgood accurately described the disease for the first time in 1903, and in the same year, Schlatter, of Zurich, Switzerland, made an independent description of it. Since then, many contributions have appeared in the literature, and different methods of treatment have been recommended. It has become recognized as a disabling condition, which if diagnosed, is easily amenable to proper treatment.

Anatomy:

The quadriceps femoris is formed by four powerful muscles inserted in a wide triangular area which spreads laterally from the tubercle of the tibia to the tibial tuberosities. The tubercle of the tibia is actually the apex of the triangular area of insertion. During adolescence this tubercle is attached to the shaft of the tibia by an epiphyseal line, and is developed from a center of ossification which appears about the age of twelve and joins the shaft at fourteen or fifteen.

Pathology:

The above anatomical characteristics make the tibial tubercle vulnerable to extensor strain during adolescence. Since the area of insertion extends beyond the tubercle laterally to the tuberosities, complete avulsion of the tendon is rare. The tubercle, which is not firmly fused to the tibia until the age of eighteen, and may still show incomplete ossification for several years later, is a weak point in the

extensor mechanism of the knee. The tubercle is subject to strain and trauma, with a resulting beginning epiphyseal separation. If this condition is not corrected, continued strain will prevent the fusion of the epiphyseal line, and alternating episodes of bone formation and separations will result in the tubercle remaining as separate ossicles joined to the tibia only by fibrous tissue and susceptible to more strain.

Etiology:

Osgood-Schlatter disease is primarily one of adolescence; but may occur at all ages, on account of the possible delayed ossification of the epiphysis of the tubercle, or from prolongation of the disease into adult life. Watson-Jones reported a 40 year old patient whose symptoms began during adolescence. Brandes reported a case of a man 70 years old. Several cases have been described by Soule, Bosworth, Campbell, Grenfell, Passalacqua, and others in the third decade of life.

The disease may follow direct trauma, such as a fall in the kneeling position, or any direct blow over the tuberosity. Sudden flexion of the knees against the resistance of the quadriceps muscle; continued strain upon the tibial tubercle by the patellar tendon during exercises; disturbance of the circulation of the epiphysis by swelling, hemorrhage, or degeneration of tendon near the insertion to the tubercle; repeated and trivial injuries; and rapid growth during adolescence are factors of casual importance.

Bacterial invasion of the epiphyseal line has been suggested as producing a low grade infection. Other systemic conditions such as endocrine disturbances, disturbances of metabolism, rickets, infections, diseases, etc., might be contributory factors.

Symptoms:

The onset usually follows some strenous exercise in which the leg has been sharply extended at the knee, or perhaps a fall. In mild cases, the symptoms might be an uncomfortable feeling in the knee during kneeling or prolonged walking. The patient usually complains of aching in the region of the tibial tubercle, especially after active extension against resistance, as in running, climbing stairs, or walking up hill. In more severe cases, the aching may be severe enough to cause a limp in the affected leg and inability to kneel. There may be sharp pain on extension or flexion of the leg, annoying weakness, or inability to extend the leg. That the condition can exist without giving any symptoms is proven by positive X-Ray findings of the unaffected leg which are taken for comparison during examination.

Physical examination discloses localized tenderness and bony thickening in the region of the tubercle in one or in both legs. There might be slight swelling and thickening of the soft parts over this region. Ecchymosis is occasionally observed and there might be atrophy of the muscles of the leg. The knee might be swollen. Nevertheless, the motion of the knee is free.

X-Ray Findings:

The findings may or may not be characteristic. Irregularity and hypertrophy of the tubercle which is elevated from the diaphysis is noted appearing like a beak-shape process from the epiphysis of the tibia, and the margins of the epiphyseal line beneath are thickened and irregular

due to the deposition of different layers of bone during the interrupted process of repair. On the other hand the tubercle might show fragmentation or a wider spacing of the epiphysis from the diaphysis. The soft tissues over the tubercle show a heavier shadow and increased density due to the chronic swelling.

Diagnosis:

The diagnosis is made by the symptoms, physical findings, and X-Ray evidence. A typical case is easy to diagnose. In an athletic young man, who following a sudden trauma, develops pain and tenderness, localized in the region of the tibial tubercle, with limping, weakness, and swelling, and who shows the previously described X-Ray findings, the diagnosis is clear.

Often times, the roentgenograms, however, are not typical, especially in older patients. The only abnormality might be a small notch in the tibia in the region of the insertion of the ligamentum patella. The definite localization of the pain and the tenderness over the region of the tibial tuberosity, the difficulty or inability to extend the leg after the elimination of other conditions such as osteochondritis of the patella, infrapatellar bursitis, periostitis, sarcoma and carcinoma will prove the diagnosis. Most difficult to differentiate is the avulsion fracture of the tubercle of the tibia. This is still complicated by the different descriptions which various authors have given Osgood-Schlatter's disease. Avulsion fracture is much rarer than epiphysitis and the fragment is completely separated from the body of the tibia. It occurs in adults. The difficulty is still greater in cases of epiphysitis of later years in which the tuberosity appears separated from the shaft altogether, like in an avulsion fracture. After union of the epiphysis with the diaphysis, the characteristic roentgenographic picture disappears in the region of the tubercle, a separate ossicle of bone or one or more loose fragments in the ligament are found.

Prognosis:

The prognosis is good. In most instances, the condition is self-limited, lasting from six months to three years. The tenderness then disappears but the tubercle may remain larger than normal.

Treatment:

The treatment may be conservative or operative. Generally, conservative treatment consists of bed rest, immobilization by strapping, splinting, or the application of a plaster of Paris cast. The immobilization of the knee joint whether partial or complete, will ordinarily effect a cure.

If there is much pain, the patient should be put to bed and the extremity placed fully extended in a plaster of Paris cast for a period of two months. Following it, it is advisable not to allow full flexion for an additional period of three to six months. Christopher and Ollerenshaw in 1925 advised plaster cast for six weeks and violent exercises should be prohibited for a period of two to four months. Osgood believes that adhesive strapping is generally sufficient to produce a cure. In one case reported by Grenfell and Passalacqua, the patient, 19 years old, was given complete bed rest, and no cast applied. The swelling decreased, the pain became less, and two and a half weeks later, the patient was able to walk for a short time, and discharged in six weeks free from symptoms.

Conservative methods may fail and operative treatment must be then instituted. Campbell only advised operation in two of his 106 patients with Osgood-Schlatter's disease. In these two cases, the process was active and extremely painful. Goldman says that operation is indicated when the separation is too great.

Surgical treatment induces union of the tuberosity to the tibia and arrests the epiphysitis. The procedures include the use of metal screws, pegging with ivory, splitting through the epiphyseal plate drilling through the epiphyseal line, single bone pegging, and the double bone pegging. The first two procedures are not advisable, because they involve the introduction of a foreign body in an epiphyseal plate which invites infection and necrosis.

The splitting-through-the-epiphyseal-line operation was introduced by Jones. A longitudinal incision about three inches in length is made over the tubercle. The tubercle is split longitudinally with a narrow chissel, and the granulating tissue which is found in the depth of the tubercle is removed with a curette. This will stimulate the reparative process which will assist in the cure of the thickened and tender tubercle. No immobilization is necessary.

Bozan and O'Kane advise making drill channels so that the fresh blood supply carried to the diseased area would improve the circulation, thus facilitating and hastening the repair. They claim that the technique is simple, requiring only a small incision over the affected tibial tubercle, and one or two channels are then drilled through the diseased area into the cancellous upper end of the tibia. Immobilization in a plaster of Paris is not necessary.

The autogenous bone pegging operation for epiphysitis of the tibial tubercle was first used by Soule in 1915. He used a single autogenous bone peg. Bosworth reported three cases in 1934 in which he used the double autogenous bone peg, and one, in which a single peg was used, all with good results. Campbell reported one case in which he did single bone pegging in a boy aged 17 with excellent results. In 1939, Bosworth again reports sixteen cases in which operation was performed, in patients between 11 and 20 years of age. In the first two cases a single peg was used but in all 14 later cases two pegs were driven through the epiphysis. He used a Plaster of Paris cast in several cases only. Recovery was the same in all cases.

The autogenous single bone pegging technique was followed in our cases with excellent results.

Technique:

A skin incision is carried downward over the lower third of the ligamentum patella and the tibial tubercle; then swinging medially downward, the periosteum of the tibia is split and separated. One match-stick bone peg, about one and a half inch long, is cut with an electric saw from the tibia. A hole is drilled through the tibial tubercle into the tibial diaphysis, the diameter of the hole corresponding to the thickness of the tibial peg. The tibial peg is introduced in an upward direction so that its upward slant makes any displacement of the tubercle impossible and at the same time holds the tubercle snugly against the tibial shaft. The peg is introduced so that no projecting portion remains, and the overlying tissues are closed with interrupted sutures. A long plaster of Paris cast is applied and left in place for two weeks.

Case Reports

Case No. I:

C. T., male, age 26, was admitted to

the hospital 21 March 1944, complaining of pain over left tibial tuberosity. Nine months previously while climbing a hill during jungle training, patient slipped and fell on his left knee. Swelling and pain was mild at the time of the injury, but since has felt a dull continuous pain on marching or walking and aggravated by active exercises. On examination, patient walked with a mild limp of the left leg. There was a moderate prepatellar bursitis and definite tenderness over tibial tuberosity. Pain on acute active and passive flexion of knee. Slight limitation in motion. (X-Ray # 1 - shows a typical late epiphysitis with formation of separate ossicles, and soft tissue swelling. X-Ray of right knee for comparison - negative.) Patient was operated on 27 March 1944, using a single autogenous bone peg, and removing 3 separate ossicles under spinal anesthesia. The leg was immobilized in a light circular cast for two and a half weeks Quadriceps exercises started 48 hours after operation. After removal of cast, patient was allowed out of bed and active physiotherapy exercises started. (X-Ray # 2 - three weeks after operation, shows the bone graft in place.) (X-Ray # 3 - 29 May 1944, two months after operation show assimilation of the fragment and absorption of the bone fragment.)

Patient was discharged to full military duty two months after operation free of symptoms with normal strength of muscle and with full range of motion of knee.



Case No. 1 — X-Ray No. 2



Case No. 1 — X-Ray No. 1



Case No. 1 — X-Ray No. 3

(X-Ray # 4 - 26 June 1944 - shows complete assimilation of fragment and almost complete absorption of bone graft.

Case No. II:

D.C.E., male, age 21, was admitted to the hospital because of swelling and pain over left tibia tubercle. On 20 February 1944 patient injured his left knee against the operating handle of a 37 mm. gun. Next day he noticied a moderate swelling below the patella and difficulty in walking. He was treated at the dispensary, ambulatory by "knee strapping", bed rest, and improved. Fifteen days previous to admission patient again complained of moderate pain over tuberosity of tibia following a 12 miles march and again treated conservatively with bed rest and strapping. On admission to our hospital 19 April 1944, the patient revealed no swelling or ecchymosis over tibial tuberosity. There was moderate tenderness over the tibial tubercle and moderate pain in acute active passive flexion of the knee. Mild limp of left leg present.

X-Ray # 1 - 13 April 1944 - delayed epiphysitis with formation of separate ossicle. Conservative treatment instituted



Case No. II — X-Ray No. 1



Case No. II — X-Ray No. 2



Case No. II — X-Ray No. 3

by immobilizing the leg in a circular cast for a month, but no relief of symptoms was obtained. A single autogenous bone pegging was done 19 May 1944 under spinal anesthesia. Leg was immobilized for two and a half weeks. Quadriceps exercises started 48 hours after operation.

X-Ray # 2 - taken after operation shows the bone peg in place. After removal of cast, patient allowed out of bed, weight-bearing started, and active physiotherapy exercises.

X-Ray # 3 - 15 June 1944 - show early assimilation of fragment, no absorption of bone peg.

X-Ray # 4, Patient discharged to full military duty, two months after operation, symptoms free with full range of motion of knee.

No further X-Ray studies have been possible in our cases as patients are in overseas duty.

Conclusions

1. Two soldiers with Osgood schlatter's disease are reported who presented severe symptoms of long duration and were unable to perform military duty.

2. Surgical treatment by single autogenous bone-pegging was performed with prompt relief of symptoms.

3. Bone-pegging should be chosen over other surgical procedures, as the chances for inducing union of the tuberosity to the tibia and arresting the disease are greater.

4. Bone-pegging is primarily indicated in patients 16 years of age or older when the fusion of the epiphysis is delayed.

5. The procedure is simple, successful, and without complications.

Bibliography

(1) *BLANDES M.*: Muncherner Med. Wchnschr. 74: 1830. 1927.
(2) *BOSWORTH, D. M.*: J. Bone and Joint Surgery. 16:829, 1944.
(3) *BOSWORTH, D.M.*: American Journal of Surgeons. 43:526, 1939.
(4) *BOZSAN, E. J.*: J. Bone and Joint Surgery. 14:884, 1932.
(5) *BOZSAN, E. J.*: J. Bone and Joint Surgery. 16:75, 1934.
(6) *BOZSAN E. J.* and *O'KANE T. J.* — J. Bone and Joint Surgery. 16:290, 1934.
(7) *BRAILSFORD, J. F.*, p. 138 Baltimore 1935 Wm. Wood.
(8) *CAMPBELL, W. C.*: Operative Orthopedics. p. 240. C. V. Mosby, St. Louis, 1939.
(9) *CHRISTOPHER, F.*: A text book of Surgery. P: 478. Saunders, Philadelphia, 1940.
(10) *CHRISTOPHER, F*: Minor Surgery, p: 764, Philadelphia, Saunders, 1941.
(11) *COLE, J. P.*: Surg., Gynec., and Obst. 65:55, 1937.
(12) *COTTON, F. J.*: Lewis Practice of Surgery. 2:127, 1937. Hagestown Md. W. F. Prior Co.
(13) *D'ANNOY, R.* and *CONNELL, J. H.*: J. B. and J. S., 16:689, 1934.
(14) *GELLMAN, M.*: J. B. and J. S., 16:95, 1934.
(15) *GOLDMAN, B.*, Am. J. Surg., 10:577, 1930.
(16) *GRENFELL, R. F.*, and *PASSALACQUA, L. A.*, Boletín Asociación Médica de Puerto Rico. 36:201, 1944.
(17) *HAWLEY, G. W.*, and *GRISWOLD, A. S.*: Surg., Gynec., and Obst. 47:68, 1928.
(18) *HOLMES, C. W.* and *RUGGLES, H. E.*: Roentgen Interpretation. p. 111. Lea and Febiger, Philadelphia, 1941.
(19) *JONES ROBERT*: Orthopedic Surgery of Injuries. p. 302, Vol. I, Oxford University Press. London, 1921.
(20) *JONES R.* and *LOVETT, R. W.*: Orthopedic Surgery. p. 36, Baltimore 1924, Wm. Wood.
(21) *KEY* and *CONWELL, E. H.*: The management of Fractures, dislocations, and Sprains. p. 1057. Mosby, St. Louis, 1937.
(22) *MERCER W.*: Orthopedic Surgery, Baltimore, 1936. Wm. Wood.
(23) *OLLEREN SHAW, R.*: Br. M. Jour. 2:944. 1925.
(24) *OSGOOD, R. B.*: Boston Medical and Surgical Journal. 148:114. 1903.
(25) *SCHLATTER, C.*: Bruns. Beitr. z. klinchir., 38:874, 1903.
(26) *SCUDDER, C. L.*: Treatment of Fractures, p. 963. Philadelphia, Saunders, 1939.
(27) *SHANDS, A. R.*, Jr.: Hand Book of Orthopedic Surgery, p. 4000. Mosbey, St. Louis, 1939.
(28) *SOULE, R. E.*: J. Ortho. Surg., 3:550, 1921.
(29) *SUTRO, C. J.* and *POMERANZ, M. M.*, Arch Surg. 31:807, 1935.
(30) *WATSON*, Jones R.: Fractures and other Bone and Joint Injuries. E. and S. Livingston. Edinburgh, 1940.

THE MANAGEMENT OF LABOR UNDER CONTINUOUS CAUDAL ANESTHESIA AND REPORT OF CASES

RAFAEL A. GIL, CAPT. M.C., U.S. Army

Since continuous caudal anesthesia has been used in the management of labor, a definite step has been advanced towards the control of the pains involved during the process of childbirth. At no time during the progress of relief for parturient mothers, has there been such a striking change in the course of labor. For an expectant mother to be able to sleep "between pains" was considered godly; to see her sleeping, laughing, eating, and moving around, regardless of the uterine contractions, is almost unbelievable.

Sacral anesthesia is in use since 1901 when Sicard[10] and Catheline,[11] working independently, blocked the sacral and coccygeal nerves through the sacral hiatus. For obstetric cases, it was used in Germany in 1911 by Laewen and Gaza, and in 1913 by Schlimpert.[12] In America, Meeker and Bonair used it successfully in 1923. Since then, Oldham in 1925; Lundy in 1928; Henry and Jaur, 1929; Rucker in 1930; Campbell in 1935; Johnson in 1936; and Sword in 1936, have reported its use in Obstetrics. Two hundred successful cases were reported by Baptisti[14] in 1939. In January 1942, Labman and Mietus[13] reported a series of 400 obstetric cases in which caudal anesthesia was used.

Since January 1942, Hingson and Edwards[1] have modified their methods so that the anesthesia could be started earlier in labor. Very few women delivering in hospitals during the last two or three years have any collection whatsoever of the delivery itself, but the long hours spent in a labor filled with pains are as hard to forget as it was to bear with them.

With the comparatively widespread and sometimes indiscriminate use of continuous caudal anesthesia, it will probably take some time yet before it can be accepted more freely as the anesthesia for the management of labor. To prevent serious accidents, careful selection of cases must be made, proper equipment secured, and extreme care in the technique of administration observed.

The injection of an anesthetic agent into the caudal canal with the intention of relieving labor pains without untoward results is an easy task in the hands of the experienced. The maintenance of the necessary dose is a matter of personal observation of each individual case.

Since 6 January 1942, 12,000 mothers in the United States and Canada have received continuous caudal analgesia during childbirth. As evidenced by questionaries sent to all institutions where this method has been used, in 9,400 cases (78.3%) there was complete relief of pain; partial relief was obtained in 1,600 cases (13.3%). One thousand cases (8%) were considered failures[2].

By continuous caudal anesthesia is meant the introduction of an anesthetic in the caudal canal through a needle which is either kept in place for further injections or replaced by an ureteral catheter as advocated by some. Repeated fractional injections through a malleable needle were given as deemed necessary in each individual case in more than 600 cases reported by Edwards and Hingson since January 1942. A continuous drip method is being developed in several American clinics at the present.

Technique of Administration

There have been several techniques described in the current literature since Edwards and Hingson described theirs in the Journal of the A.M.A. of 23 January 1943. Our method will be summarized presently.

1. The patient is placed on her stomach with a pillow across the lower abdomen. The physician stands on the patient's left side.
2. The area is cleaned and painted with Tr. Merthiolate and draped.
3. The tip of the coccyx is identified with the left index finger. With this finger in place, locate the two sacral cornua with the middle finger and thumb. Slide the index finger to the depression (sacral hiatus) between the sacral cornua and by keeping this finger just cephaled to the site of injection, raise a wheal in the skin.
4. Insert the guiding needle through the center of the wheal directly down until bone is encountered.
5. Withdraw the needle 1/16 inch and change angle to 25º and direct upwards until between the two plates of the sacrum.
6. Remove needle and through the same opening introduce the malleable needle, never higher than the level of the 2nd sacral vertebra.
7. Remove stylet and rotate needle 360º
8. Aspirate and if nothing comes out, inject 8cc. of 1-1/2% metycaine and wait 10 minutes.
9. Withdraw needle 1/4 inch and inject same amount, rotate 180º, and keep injecting. Give 35 cc. altogether from the beginning.
10. Bend the needle completely up leaving a 4 x 4 gauze between needle and skin and fix with adhesive tape.
11. Connect rubber tubing with stopcock to needle.
12. Patient is allowed to assume any position she wants and also she may move around as she wishes.
13. Repeated doses are given as deemed necessary in each particular case.

Indications that the solution is being injected into the peridural space of the sacral canal are as follows:

1. The patient complains of fullness and heaviness, usually in one leg first and then both. If the patient gets too uncomfortable, it means that the injection is being administered too fast.
2. There is saddle analgesia.
3. There is a relief of labor pains within 5 to 15 minutes.

Indications that the solution is being injected outside the sacral canal are as follows:

1. The appearance of an "injection tumor" superficial to the dorsum of the sacrum.
2. Failure of injection to relieve pain within 30 minutes.

Supplementary injections will depend on the rate with which the patient eliminates the anesthetic, usually between 45 minutes and 2 hours. 1.5% Metycaine dissolved in Isotonic Saline or Ringer's Solution has been the anesthetic agent of choice with 2% Procaine solution running second. Maximum dosage reported given was 11 grams, with an average of 2.6 gm. of Metycaine.[1]

Indications for Use

Siever and Mousel[3] advocate the following conditions be fulfilled before caudal anesthesia is started. (As reported in the J.A.M.A., 12 June 1943).

1. The head should be engaged.
2. Contractions should be occurring at 5 mins. intervals or less.
3. There should not be any disproportion between the presenting part and the pelvis.
4. Dilatation of the cervix of 1cm. or more should have occurred.

These hold true for primigravidas only, as the anesthesia may be started for multigravidas as soon as definite labor is established.

Patients with outstanding spinal abnormalities which distort the anatomy concerned in the administration of the anesthesia are definitely to be left out. A careful questioning of the patient as to allergies will keep a few from being subjected to a dangerous reaction.

Complications

1. Infection
2. Circulatory Collapse
3. Subdural injection
4. Intravenous injection
5. Idiosincracy
6. Injury of nerve roots
7. Breaking of the needle
8. Antesacral injections

1. Infection is the first complication to be considered, especially when this type of anesthesia is given in an area which is so obviously hard to keep clean. Strict asepsis during the whole procedure will eliminate the possibilities of an abscess formation which could, very easily, be of the epidural type.

2. Circulatory collapse is probably the most serious danger to be feared. With the relaxation that takes place in a patient in labor and with the relieve in the anxiety present, usually a fall in blood pressure will follow.

Whenever there is a vasomotor or toxic reaction, the circulatory collapse may evidence itself in varying degrees as manifested by the complaints of slight chills or even shakes, slight or marked drop in the blood pressure, a feeling of faintness, fatigue and/or sweating, face getting pale, and the pulse weak, mild or severe air hunger, complaint of severe substernal pain, and slowing of the fetal heart rate.

3. Subdural injection with very few exceptions can as a rule be prevented if extreme care and precautions are taken during the placement of the needle in the caudal canal.

4. Intravenous injection, injury of nerve roots, breaking of the needle and antesacral injections are worthwhile mentioning.

Management and Prevention of Complications

1. **Subdural injection:** Aspiration before injection is the first precaution to be taken to prevent subdural injection. If spinal fluid should be obtained, the case is discarded for caudal anesthesia. As mentioned before, the routine advocated by Hingson and Edwards[1] include the precaution of a test dose of 8cc. of 1.5% solution of Metycaine Hydrochloride allowing 10 minutes to elapse. If the subdural space should have been pierced all the characteristics of a spinal anesthetic would ensue.

It is also recommended by Gready[4] that a test dose of 5 to 8 cc be repeated 10 minutes before each subsequent injec-

tion. With the needle technique, there is always the possibility that as the patient moves around, accidental piercing of a nearby lying dura may take place. The contour of the lower end of the dural sac has been shown to vary with straining, jugular compression, and other forces. X-Ray studies after injection of opaque substances show that dural sac may extend lower than the 2nd sacral vertebra and this fact should never be forgotten. When the catheter method is used it seems less likely that this complication occur.

Should massive spinal anesthesia ensue, treatment should be instituted immediately. Gready[4] recommends that a lumbar puncture should be done using a large needle so that the fluid will flow rapidly (100 cc. of spinal fluid should be withdrawn). Even when the respiratory center is anesthetized, the method should be tried since the vasomotor center is higher up.

Plasma, intravenously, ephedrine, and stimulants are used as would if necessary in the presence of shock. Artificial respiration must be instituted as soon as normal respiration fails.

Intubation and ressuscitation by a physician anesthetist might prove lifesaving on severe cases.

2. **Infection:** Thorough cleanliness as would be observed for a major surgical procedure with rigid asepsis will prevent this complication. If pain in the back should develop, exaggerated by coughing, sneezing, jugular compression or movement of the spinal column, with tenderness over region of the infection and systemic manifestations of infection such as malaise and fever, all will contribute to making your diagnosis of epidural abscess. Surgical drainage is recommended as soon as the diagnosis is made, often enough necessitating a laminectomy. Sulfonamides, blood transfusions, and a specific antitoxin if at hand, should be used The help of a competent neurologist may prove valuable in locating the site of the abscess. Superficial infection does not differ from infection elsewhere.

Its management should not be any harder than the management of superficial infection, regardless of the location.

3. **Circulatory collapse** as manifested by vasomotor reactions may be prevented by the administration of a barbiturate as a preliminary step in preparing the patient.

A control of the dosage to prevent a high level of anesthesia with the patient in the semi-Fowler position, and possibly with the addition of epinephrine, 2 minimum in initial injection if no elevation of B. P., to the anesthetic solution to prevent large drops in the blood pressure will help in preventing unpleasant reactions.

4. **Intravenous injection** can be prevented if aspiration is done and the needle rotated 360º during the aspiration to ascertain that a nearby blood vessel is not approached during the administration. Should blood be aspirated, the stylet of the needle is replaced and the position of the needle changed until no more blood is obtained. If toxicity should develop because of too rapid absorption, or intravenous injection or idiosyndracy, treatment is the same as for an overdosage of the drug. The use of barbituric acid derivatives are of distinct value both in prophylaxis and in treatment. A fourfold increase in tolerance brought about by the administration of barbitural sodium and paraldehyde to the dog was proven by Tatum, Atkinson, and Collins,[5] in a work done on the toxicity of cocaine.

Evipal sodium or pentothal sodium should relieve convulsions immediately. Again, the routine administration of the

barbiturates while preparing a patient for caudal anesthesia will prove of definite value to prevent the development of toxic reactions.

Summary of Cases

Ten cases of labor managed under fractional, continuous caudal anesthesia are reported. There were 5 primigravidas and 5 multigravidas. All were cephalic anterior presentations. Complete failure was observed in 4 cases and were considered as due to errors in the technique of administration.

There were 10 births with no maternal complications. The average length of time the anesthesia was continued was 5 hrs. 11 mins. The shortest was 2 hrs. 55 mins., and the longest 7 hrs. 33 mins. The fractional type of anesthesia was used.

Prophylactic episiotomy and outlet forceps were used in all cases.

Two of the failures, one a multipara, the other a primipara, had a marked fat pad over the sacrum which made the identification of the anatomy very hard. Besides, they had very short labors. The primipara gave history of starting to feel pains at 10:30 P.M., membranes ruptured at midnite shortly after admission and delivered at 12:40 A.M., 2 hrs. 10 mins. after onset of pains. Caudal anesthesia was attempted at 11:45 P.M., when the head was still at the level of the spines, rim of the cervix just palpable and the membranes were intact. The multipara had mild, irregular pains for about 10 hrs. before she went into true labor. Conditions were about the same as the primipara when the caudal was attempted. Bearing down pains were so severe that she delivered as a precipitate. Of the other two failures, the multipara had a marked pad of fat over sacrum and although labor progressed slowly, the caudal canal could not be entered with the needle. The fourth case, a primipara with no anatomical hazards, failed to be relieved after half hour from injection. However, a rectal examination done 15 minutes after withdrawing the needle, showed almost complete sphincter relaxation and good saddle anesthesia. It was felt that if the anesthesia would have been continued, a partial relief would have been definitely obtained.

Conclusions

The management of labor under continuous caudal anesthesia has been discussed.

Pain is an unnecessary evil of childbirth that should be separated from the Biblical injunction: "in sorrow shalt thou bring forth." Every step should be taken to overcome the inconveniences offered by this method to the doctor and the ill-effects that it may have in the expectant mother.

The advantages offered to the patient, by far, demand its adoption.

Bibliography

1. *Hingson, R. A.* and *Edwards W. B.* - Continuous caudal analgesia in obstetrics. 121, 225-229, 23 January 1943.
2. *Hingson, R. A.* and *Edwards W. B.* - Penn. Med. J., 47:335-340, January 1944.
3. *Siever, J. M.* and *Mousel G. H.* - J.A.M.A., 12 June 1943.
4. *Gready, T. G.* - Some complications of Caudal Anesthesia and their Management.
5. *Tatum, A. L.; Atkinson, A. J.;* and *Collins, K. H.* - Acute cocaine poisoning, its Prophylaxis and treatment in Laboratory Animals. J. Pharmcol. and Exper. Therapy. 26:325, December 1925, as cited.
6. *Buch, I. M.; Newton, L.; and Posner, A.C.* - Continuous Caudal Analgesia in

Obstetrics. Am. Journ of Surgeons. 68-79, October 1944.
7. *Posner, A. C.,* and *Buch, I. M.* - American J. Surgeons, 4: 396, 1943.
8. *Small, Maurice J.* - A serious Complication of Caudal Anesthesia. 122-10. J.A.M.A., 3 July 1943.
9. *Block, N. and Rotstein, M.* - Continuous Drip Anesthesia, in Obstetrics. 122-9, J. A. M.A., 26 June 1943.
10. *Sicard M. A.* - Les Injections. Medicamenteuses extra-durales par voie saccro-coccygienne. Compt. rend. soc. de biol. 53: 396, 1901, as cited.
11. *Catheline, M. F.* - Une nouvelle d'injectior rachidienne. Methode des injection: epidurales para le procede du canal sacre. Applications a l'homme. Compt rend. Soc. de biol. 53: 452, 1901, as cited
12. *Schlimpert, Hans,* - Concerning Sacral Anesthesia. Surg. Gynec. and Obstet. 16 488, 1913, as cited.
13. *Labman, A. H. and Mietus, A. C.*; Caudal Anesthesia, Surg. Gyn., and Obstet. 74:63 68, January 1942, as cited.
14. *Baptisti, A. Jr.* - Caudal Anesthesia in Obstetrics, Am. J. Obst- and Gynec. 38: 642 October 1939, as cited.

NOTAS SOBRE COMO ACTUAN LAS SULFAS

LUIS M. GONZALEZ, PH. D.*

El inmenso cúmulo de labores experimentales publicadas sobre las drogas sulfas hace imposible resumir en este breve ensayo todo cuanto se ha dicho relacionado con la manera de actuar de estas drogas. No obstante, he querido presentar unos breves apuntes sobre las opiniones más aceptadas en el mundo científico referentes a su acción farmacodinámica, con la esperanza de que acaso pueda esto servir de estímulo al lector para continuar el estudio de este interesante tema.

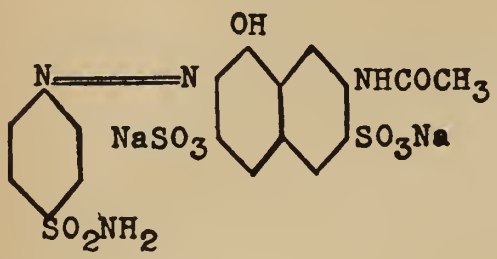
El descubrimiento de las drogas sulfas, efectuado en 1935, sólo puede compararse en la historia de la quimioterapia, con otro gran hallazgo en las ciencias médicas: el del salvarsán, descubierto por Ehrlich en el año 1909. El advenimiento de estas substancias a la medicina moderna ha revivido el interés en los agentes quimioterápicos aplicados a la curación de las afecciones humanas. La entusiasta aceptación universal con que han sido recibidos estos medicamentos sólo es comparable a la que se dispensó a la antitoxina diftérica cuando fué descubierta por Roux en el año 1894.

Aun cuando el valor curativo de la sulfanilamida no se popularizó hasta hace solamente varios años, no eran del todo desconocidas las propiedades terapéuticas de ciertas substancias de estructura química análoga a la de las drogas sulfas. En 1919, Heildelberger y Jacobs comunicaron las propiedades antibacterianas de algunos de estos compuestos, pero, desgraciadamente, sus investigaciones no fueron continuadas. No fué hasta el 1935, cuando Domagk descubrió la acción curativa del prontosil en infecciones experimentales con el estreptococo hemolítico en ratoncillos que resurgió nuevamente el interés por la quimioterapia bacteriana, llenando de entusiasmo a los investigadores y de esperanza y fe a los que sufren. La sulfanilamida, primera del grupo de las sulfas, era conocida por los químicos mucho antes de la presente década. Fué originalmente obtenida por Gelmo en el año 1908, en el curso de sus investigaciones con los tintes azoícos.

Para mejor comprender la forma en que actúan estos agentes químicos, convendría observar su estructura química y la similitud y relación que pudiera existir entre los distintos miembros que forman la familia de los sufonamidos.

El prontosil fué la primera droga que se usó. Es insoluble, pero pronto fué reemplazada por otra que, aunque de fórmula más complicada, resulta soluble y más fácil de administrar. El prontosil tiene que sufrir un desdoblamiento antes de que pueda tener valor terapéutico. La substancia que se deriva del prontosil es la sulfanilamida, que posee ya propiedades curativas. Más de mil doscientos cuerpos derivados distintos, con la misma agrupación estructural química de la sulfamilamida, han sido preparados con el deseo de poder utilizar su poder curativo. Todas estas drogas son similares químicamente, pero algunas actúan mejor que otras en el tratamiento específico de ciertos estados patológicos producidos por determinadas bacterias. Por ejemplo: la sulfapiridina resulta más eficaz en el tratamiento de las infecciones pneumocóccicas, en tanto que el sufatiazol es mejor que la sulfapiridina y la sulfanilamida en las afecciones causadas por el estafilococo. La sulfaguanidi-

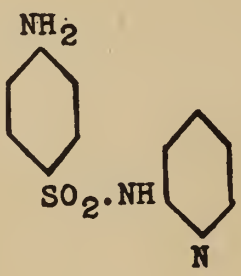
* Departamento de Bacteriología, Escuela de Medicina Tropical, San Juan, Puerto Rico.



Neoprontosil



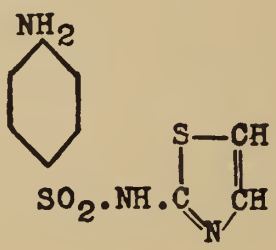
Sulfanilamida



Sulfapiridina



Acido para-amino-benzoíco



Sulfatiazol

na, por otro lado, es más beneficiosa que sus otras compañeras en el tratamiento de la disentería bacilar.

En la arquitectura molecular de todos estos compuestos entra el grupo de la bencina. El neoprontosil se distingue de los demás en que no tiene un grupo amino libre en la posición "para" del anillo de la bencina, cuyo grupo va unido a un átomo de nitrógeno, que forma parte a la vez de otra raíz más compleja. En este lazo de unión es que ocurre la ruptura de esta

ga dentro del sistema orgánico del pa-
te, dando origen a la formación de la
anilamida, que es la responsable de las
iedades del neoprontosil. Notemos
, que al formarse la sulfanilamida del
prontosil surge el grupo amino de que antes hablamos y que es esencial para ejercer la acción antibacteriana. Más aún, debemos hacer notar que la posición de este grupo amino en el anillo de la bencina, tal como aquí se observa es estrictamente necesario, habiéndose observado que, si el grupo en cuestión se coloca en otro lugar del anillo, las propiedades antibacterianas desaparecen.

Aún no ha sido definitivamente aclarada la forma en que actúan las drogas sulfas. Quién sabe cuánto tarde en descorrerse el velo que oculta el verdadero mecanismo biológico que tiene lugar, bajo el influjo de estas substancias químicas, para entorpecer la acción destructiva de las bacterias. Incidentalmente, durante el curso de la investigación relacionada con estas drogas, se han descubierto procesos vitales del metabolismo bacteriano.

A continuación trataremos de esbozar, en una forma breve y sencilla, las distintas teorías formuladas para explicar la acción de las drogas sulfas.

Es un hecho generalmente aceptado que la acción de las sulfas contra las bacterias es más bien de naturaleza bacteriostática que bactericida. Conviene aclarar que el poder bacteriostático puede transmutarse totalmente en bactericida, siempre que la concentración de la droga sea suficientemente grande para que pueda ejercer su poder antiséptico, al igual que puede ocurrir con substancias de la misma categoría, o bien que la sulfa se encuentre en un medio ambiente desfavorable, tal como un medio de cultivo pobre, una temperatura adversa, presencia de inmunocuerpos, productos proteolíticos tóxicos, etc., etc.

Una de las primeras teorías formuladas para explicar la acción terapéutica fué que el mecanismo de defensa desarrollado en el cuerpo del enfermo era estimulado por la droga, y entonces las defensas naturales del organismo destruían los agentes patógenos invasores. Esta idea pronto fué descartada y hoy ya no se le da valor alguno.

La inactivación de las toxinas bacterianas por las sulfas, como posible factor en la curación de ciertos estados patológicos, está aún bajo investigación, habiendo surgido numerosas controversias entre los hombres de ciencias sobre este punto. La afinidad selectiva de las sulfas hacia las proteínas bacterianas y otras substancias proteícas, hace pensar en la posibilidad de que estos compuestos sean capaces de combinarse con los prótidos y de formar un complejo proteíco inactivo, quedando así destruída o inactiva la substancia proteíca en su misma fuente de origen.

La teoría de la anticatalasa estuvo algún tiempo de moda para explicar la acción terapéutica de las sulfas, pero ya ha caído en el olvido. Según esta teoría, la sulfanilamida sufre una oxidación que la convierte en un parahidroxilamido. Esta substancia inhibe la acción de la catalasa, que es una encima necesaria para la destrucción normal del peróxido de hidrógeno que se forma como producto del metabolismo celular. La acumulación de peróxido de hidrógeno, que no queda destruído como sucede ordinariamente, es lo que causa la destrucción de las bacterias.

La inhibición de la catalasa pudiera desempeñar algún papel en la acción bacteriostática de las sulfas, pero hoy se cree que el principal **modus operandi** es otro.

El hecho irrefutable es que las sulfas

impiden el crecimiento de las bacterias. La acción bacteriostática se debe, probablemente, a inhibición directa producida por las drogas de una o más encimas metabólicas necesarias para el desarrollo de las células. Podemos citar dos clases de encimas: las que catalizan las reacciones anabólicas y catabólicas y las que estimulan las reacciones de oxidación y reducción. Estas tesis gozan actualmente de más aceptación entre los bacteriólogos y bioquímicos.

Woods y Fildes, en 1940, descubrieron que las sulfas inhibían una encima hipotética coayudante de las funciones anabólicas, y que tenía como subtrato al ácido para-amino-benzoíco. Al mismo tiempo encontraron estos autores que esta substancia tenía propiedades antagónicas poderosas contra las sulfas.

El hecho fundamental con que nos confrontamos es que las sulfas son, por regla general, inhibidoras del crecimiento celular, no sólo de las bacterias, sino de, virtualmente, toda clase de células. Esta facultad antimetabólica se produce por inhibición encimática en la superficie de la célula.

Al efecto bacteriostático de las sulfas se opone la presencia del ácido para-amino-benzoíco; pero este efecto puede anularse también al eliminarse la sulfa del campo de acción; es decir, del medio ambiente en donde está creciendo la célula o bacteria. La droga actúa en relación inversa con el número de bacterias existente. O sea: a mayor número de bacterias, si la cantidad de sulfa es constante, menor es el efecto inhibidor de la droga sobre las bacterias. Otros factores que pueden afectar la acción de las sulfas son la reacción ácida o alcalina del medio y la temperatura a que ejerza su acción. La actividad aumenta si la reacción se eleva hacia el lado alcalino, ejerciendo efecto análogo si se produce un alza en la temperatura. El efecto de la reacción alcalina puede ser observado en la orina: en una orina de reacción alcalina son más eficaces estas drogas.

Debe mencionarse, además, que la composición del medio puede entorpecer la acción de las drogas; y así, la presencia de substancias como el ácido para-amino-benzoico, el uretano, la metionina, las purinas, los prótidos o derivados proteícos, como las peptonas y los amino-ácidos antagonizan, neutralizando o disminuyendo, su efectividad.

Conviene señalar que no existe una acción específica de las sulfas sobre ninguna bacteria en particular. Una misma droga puede actuar contra varias especies microbianas, aún cuando anteriormente se haya indicado que algunas drogas son más activas sobre ciertas y determinadas infecciones. Conviene advertir que hay algunas cepas o razas de una misma bacteria que poseen mayor resistencia a la droga que otras, hecho que deberá tenerse en cuenta en la práctica de la sulfonamido-terapia.

Probablemente esta cualidad se deba a la capacidad de la bacteria para estimular la formación de anticuerpos en los humores del enfermo. Es bien sabido que la potencia antigénica de los gérmenes es muy variable. Un microorganismo que posea mejores cualidades antigénicas que otro, aún siendo de la misma especie, sucumbirá más fácilmente a la acción de las sulfas, porque ésta recibirá la ayuda en su labor bactericida de los inmunocuerpos que, bajo la influencia de la bacteria, se generaron en el organismo del enfermo. La resistencia de una bacteria ante la droga puede ser una propiedad adquirida por aquella. Pero debe recordarse que nunca se ha logrado comunicar a un organismo

resistencia absoluta contra ninguna a.

ara explicar este fenómeno bacteria- e ha dicho que la sensibilidad de un organismo frente a un compuesto sulfonamido está en relación directa con su capacidad para producir ácido para-aminobenzoico. Se cree que las cepas microbianas más resistentes son aquellas que producen mayor cantidad de este ácido antagonista de la acción bactericida.

Los anticuerpos formados en la sangre no son obstaculizados en su funcionamiento por estas drogas, antes bien ambos agentes actúan sinérgicamente. La manera de actuar de las sulfas es distinta a la de los inmunocuerpos del enfermo. El ácido para-amino-benzoico no ejerce acción antagónica frente a los cuerpos inmunizantes; en cambio, según hemos apuntado antes, obstaculiza el efecto de las sulfas. También es interesante recordar que la sulforresistencia adquirida por las bacterias no altera su susceptibilidad frente a los cuerpos inmunizantes existentes en la sangre. Una determinada cepa bacteriana puede ser resistente a un anticuerpo y sensible a las sulfas, o vice-versa. Puede darse el caso que sea sensible a ambos, o resistente a ambos.

Otro hecho de observación es que la sulfanilamida aumenta la acción lítica de los bacteriófagos.

Sintéticamente expuesta, la teoría de Wood y Fildes consiste en explicar la acción terapéutica de las sulfas como una interferencia entre las drogas y un metabolito esencial, que es el ácido para-aminobenzoico, quedando inhibido de este modo el crecimiento normal de la bacteria. La supresión del desarrollo y multiplicación normal de la bacteria da tiempo a que en el organismo del enfermo se produzcan los anticuerpos necesarios para la destrucción bacteriana.

El mecanismo de la acción de las sulfas y el efecto antagónico que ejerce el producto metabólico, el ácido para-aminobenzoico, distan mucho de ser procesos sencillos. La potencia bacteriostática o destructiva de cada sulfa es proporcional a su capacidad para anular el efecto antagónico del ácido para-amino-benzoico.

Conviene añadir que, además de las substancias que antagonizan la acción de las sulfas por interferencia específica, como la del ácido apara-amino-benzoíco, hay otras substancias que poseen una acción antagónica no-específica, o sea, estimulando el crecimiento y multiplicación de los gérmenes. No obstante, si la cantidad de sulfanilamida presente es abundante, el medio ambiente será poco favorable para la bacteria, no importa la existencia de las substancias que pudieran estimular el desarrollo bacteriano.

Es conveniente recordar aquí que una substancia puede estimular el crecimiento bacteriano y, al mismo tiempo, antagonizar la acción de las sulfas; o ejercer solamente una de estas dos actividades. El ácido para-amino-benzoico, por ejemplo, no estimula el desarrollo bacteriano, en cambio, neutraliza el efecto bacteriostático de las sulfas.

En conclusión, la acción fundamental de las sulfas consiste en inhibir la multiplicación de las células bacterianas. La energía para la multiplicación, crecimiento y mantenimiento de la célula, incluyendo la que se utiliza para la síntesis de substancias metabólicas esenciales, tiene que originarse en los procesos respiratorios. Estos procesos respiratorios de oxidación y reducción necesitan, para poder realizarse, la existencia de ciertas coencimas y encimas.

Existe cierta semejanza entre la arquitectura molecular de algunas de estas encimas y las sulfas. Sevag y sus colaboradores opinan que las substancias quimioterápicas que posean análoga estructura química, en toda o parte de su fórmula, pueden combinarse con proteínas específicas necesarias para la síntesis de los fermentos respiratorios. Esta competencia traería por consecuencias el desplazamiento de la coencima por la sulfa.

Es decir: la coencima, que normalmente tendría que unirse a un componente proteíco específico para formar la encima óxido-reductiva (dehidrogenasa, por ejemplo), no podría hacerlo, porque la sulfa ya le había arrebatado la raíz proteíca. De esta suerte puede también efectuarse la interferencia.

Sería imposible establecer en forma definitiva los alcances de un tema científico que está aún en elaboración y cuya evolución marcha quizás a paso rápido. Pudiera ser que en el momento actual ya alguien haya vislumbrado la solución al enigma, pero aquí solamente hemos tratado de anotar lo que en el momento actual de la ciencia microbiológica está al alcance de nuestra comprensión.

LA ESQUISTOSOMIASIS EN SANTO DOMINGO*

HECTOR READ, M.D.**

Los progresos de la Medicina Tropical desde los primeros años del siglo, han tenido marcada significación para los países de la cuenca del Caribe, señalándose en el desenvolvimiento de la historia de algunas entidades nosológicas de las más importantes. Las pesquizas de la fiebre amarilla, hacen época en los anales científicos; la lepra, la buba, el esprú, etc., etc., son temas de vivo interés en todas partes. En el dominio de las helmintiásis participa Puerto Rico de modo especial. Fué aquí donde B. Ashford encontró el verme que Stiles de Washington, clasificó como una nueva especie de ankilostoma, designándolo con el nombre de **Necator americanus,** por el año de 1902. En Santo Domingo no tardó mucho en hacerse la comprobación del parásito y sus huevos en las heces humanas, por el Dr. F. A. Defilló, nuestro más ilustre hombre de Laboratorio, entonces director del "Hospital Militar", que hizo varias publicaciones de 1906 en adelante.

Para esa época estaba todavía por dilucidarse, si los huevos de distoma con espolón **terminal,** que aparecían en las orinas sanguinolentas de los hematúricos de Egipto, y los huevos de espolón **lateral,** encontrados en las heces de aquellas y otras comarcas del Africa, procedían de una misma y sóla especie de parásito, el verme descrito por Bilhartz, en 1852, o si procedían de dos especies diferentes.

Desde 1903 el hallazgo por Sir Patrick Manson, de huevos con espícula lateral en las materias fecales de un enfermo natural de Antigua, habría sugerido a este notable investigador, la existencia de una especie intestinal, diferente de la bilharzia o esquistosoma vesical del Africa.

El descubrimiento de Manson, tenía al año siguiente, 1904, su confirmación en Puerto Rico, donde por primera vez González Martínez, hallaba los huevos con espolón lateral. Lo mismo hacía Letulle, al propio tiempo en Martinica.

En Bahía, del Brasil, para 1909, encontraba por fin Piraja-da-Silva, el parásito de Manson adulto, para el que ya Sambon, aunque sin suficiente apoyo científico, había avanzado el nombre Schistosoma **mansoni,** en honor de ese sabio. Quedaba fuera de dudas la existencia del Sch. **mansoni,** que parasitaba en las venas mesentéricas, por contraposición al Sch. **hematobium,** del plexo pelviano, siendo el primero de los mencionados, el único que se haya comprobado en el Nuevo Mundo.

A mayor abundamiento, Leiper, en una serie de investigaciones experimentales, practicadas de 1903 a 1918, demostraba además, que el **miracidum** salido del huevo con espícula lateral, se desarrollaba exclusivamente en los caracoles del género **planorbis,** y no en los del género **Bulinus;** y que daban origen a cercarias infestantes de los mamíferos y del hombre, teniendo por lo tanto cada especie de gusano una constante distinción morfológica.

Faltaba todavía completar el ciclo evolutivo con la demostración experimental de las metamorfosis que ocurren dentro del caracol. Aquí se suman contribuciones de autores de diversas partes del mundo. Iturbe y González en Venezuela; E. C. Faust y W. A. Hoffman, en Puerto Rico,

---

* Leído en la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico. San Juan, P. R., Diciembre de 1944.

** Catedrático de la Universidad de Santo Domingo.

que estimamos por su especial significación.

Aún faltaba completar los conocimientos acerca de los cambios que ocurren en la etapa mamífera del parásito, y otra vez son los estudios puertorriqueños, de Faust, Ch. A. Jones y Hoffman, los que para 1934, acaban de llenar las lagunas que existían.

Para completar finalmente nuestro saber, en el año 1937, E. Koppisch, del Instituto Tropical de Puerto Rico, publicó las investigaciones más completas que poseemos acerca de las "Alteraciones anatomopatológicas en el Conejo y la Rata albina, inoculados experimentalmente con **Sch. mansoni.**"

En Santo Domingo, para 1924, tuvimos ocasión de observar en el Hospital San Antonio de San Pedro de Macoris, un caso en el cual, en el examen rutinario de las heces fecales, encontramos al acaso, huevos de **Sch. mansoni** con el **miracidium** moviéndose en su interior; se trataba de un sujeto natural de Antillas Menores.

En la autopsia, practicada en compañía del Dr. M. E. Sánchez, no pudimos encontrar el parásito, en el árbol portal. Aparecieron en la musculatura, focos hemorrágicos múltiples y atribuímos a una piohemia la causa de la muerte. Así lo hemos publicado en otra parte en 1925, **"Sobre un caso de Bilharziosis Intestinal"**, y seguimos pensando que entonces nos faltaba experiencia para ir más adelante.

El mismo año 1924, F. A. Defillo, Director del Laboratorio Nacional, había tenido ocasión de encontrar en Ciudad Trujillo huevos de esquistosoma con espolón lateral, en las materias fecales de una señora, de la que no pudo obtener la información necesaria, por haber perdido de vista.

Hacia 1938, M. Pimentel Imbert, antiguo alumno de la Escuela de Medicina Tropical de Puerto Rico, tuvo en el Laboratorio del Hospital Internacional de Ciudad Trujillo la oportunidad de encontrar otra vez huevecillos del esquistosoma de Manson, en las deposiciones de un marinero que, aunque nativo dominicano, hacía desde muchos años las rutas del Caribe y había residido temporalmente en algunas de sus Islas conocidas como sitios focos endémicos de infestación mansónica. Pimentel Imbert, profesa la opinión de que constituyen un problema amenazante la presencia de **australorbis**, vectores en potencia en algunos riachuelos dominicanos, y la existencia en Santo Domingo, de una numerosa colonia de puertorriqueños, "muchos de ellos infestados."

Aunque González Martínez, desde 1905, y sin pruebas justificantes, incluyó a Santo Domingo entre las zonas endémicas de la bilharziosis o esquistosomiasis, de este hemisferio, casos genuinamente autóctonos no habían sido observados sin embargo en el país. Insistimos, porque el haber encontrado huevecillos en un viajero procedente de Santo Domingo, no es evidencia suficiente para sustentar tal hipótesis, por lo que desestimamos su acerto por completo.

En este mismo criterio abundan investigadores tan graves como E. Koppisch y F. Marshal. El primero, en una revisión del tema de la Bilharziosis de Manson, publicada en 1934 por The Journal of the American Medical Association, (tomo 121-1943), no incluyó a Santo Domingo entre los territorios afectados, puesto que "no se probó fuera de toda duda, que en los casos observados, la parasitosis no hubiera sido contraida en Puerto Rico" o en alguna otra parte vecina, en donde existe la endemia.

En igual sentido el segundo de estos autores, que visitó Puerto Rico y trabajó en Santo Domingo en 1938, se expresa en una publicación científica aparecida en el

año siguiente en Arch. f. Schiff u. Trop-Hyg, (tomo 43-1939), "la esquistosomiasis de Manson no se ha observado todavía en la República Dominicana."

En Enero de 1942, en el Laboratorio a nuestro cargo en el Hospital "San Antonio" de San Pedro de Macoris, el Dr. A. M. Ponce Pinedo, tuvo la suerte de encontrar huevecillos de esquistosoma intestinal en las materias fecales de un muchacho de 9 años que había venido a consultar por trastornos disentéricos, hallazgo que confirmamos. Se trataba de un sujeto, vecino de Hato Mayor del Rey, villa distante unos 35 Kms., de la ciudad de San Pedro de Macoris, quien en su corta edad nunca había abandonado los lares de su nacimiento. Estábase frente al primer caso autóctono de esquistosomiasis en Santo Domingo.

Pocos meses después, en Marzo, se presentó una señora de 23 años, (2) y seis meses más tarde, otro muchacho (3) de 16 años, ambos procedentes del mismo lugar, éste con gran hepato-esplenomegalia.

Su hermano (4) de 10 años de edad, también se encontró infestado, en un examen que se le practicó meses más tarde.

Además, en Agosto del mismo año se descubrió otro caso, (5) en una muchacha de 13 años, de la misma residencia y origen.

En fin, el 6to caso de la serie, fué una joven de 18 años, que resultó estar infestada por el Sch. mansoni.

Tales son, en resumen, los casos presentados por Ponce Pinedo en su tésis doctoral, (1943-44) ante la Facultad de Medicina de la Universidad de Santo Domingo, que tuvímos a bien presidir, intitulada "Esquistosomiasis de Manson en la República Dominicana", y en su trabajo: "Seis Casos Autóctonos de Esquistosomiasis de Manson", presentado al Congreso Médico Dominicano del Centenario, celebrado en Ciudad Trujillo en febrero de este año que finaliza. De estas dos importantes memorias hemos tomado las citaciones de este trabajo.

He aquí como se atinó con el origen de las contaminacones: internado el primer enfermito, se pudo completar en el Hospital su historia clínica. Resultando que de sus hábitos se aprendió cómo y dónde había adquirido la infestación, pues al igual que otros chicos de su edad, solía bañarse en uno de los arroyos vecinos al pueblo, el llamado **Paña-paña,** de aguas mansas y cristalinas que cruza la carretera del lado del Este.

Asimismo el muchacho de 16 años dió indicios de haberse infestado en otro arroyo, el nombrado **Las Guamas,** corriente de aguas apacibles confluentes con las de Paña-paña por el Sur. Ambos arroyos son tributarios del río **Maguá,** que corre con ímpetu al Oeste de la villa, en la sabana del Guabático —valle oriental de la isla— hasta unirse al Higuamo o Macoris.

Advertido nuestro compañero, visitó Hato Mayor repetidas veces: hizo el examen de algunos vecinos y familiares de los enfermos, ayudado por las autoridades sanitarias que se interesaron en todo momento en el problema que se les presentaba.

También nuestro compañero, visitó Hato Mayor repetidas veces: hizo el examen de algunos vecinos y familiares de los enfermos, ayudado por las autoridades sanitarias que se interesaron en todo momento en el problema que se les presentaba.

También buscó allí los peligrosos caracoles que pudieron encontrarse en las orillas de los dos arroyos mencionados como veremos después. En el río Magúa, que tiene más fuerza de corriente no habitan moluscos. Por cierto es el sitio habitual de baño de las personas adultas.

Sin duda no es únicamente mérito de estos estudios el hecho de haber encontra-





do los primeros casos indiscutiblemente autóctonos de esquistosomiasis en Santo Domingo. Además le fué posible al joven higienista dominicano determinar que efectivamente, los arroyos que rodean la villa de Hato-Mayor, Paña-paña y Las Guamas, albergan cantidades más ó menos abundantes, según las épocas del año, del caracol hospedero intermediario indispensable en el ciclo evolutivo de este platelminto. Efectivamente, multitud de **Australorbis glabratus,** (Planorbis guadalupensis) existentes en aquellos riachuelos, se encuentran infestados hasta en un 5% de ellos, con cercarias mansónicas, quedando demostrado a la evidencia, su papel como hospedador vernáculo natural de la enfermedad.

Además, condujo en el Laboratorio del Hospital San Antonio, ahora a su cargo, una serie de experimentos que le permitieron reproducir la evolución completa del verme, desde el huevo hasta el gusano adulto, inoculando conejos con las Cercarias de Australorbis natural ó artificialmente infestados en el laboratorio, con lo cual quedaba probado, una vez más, la certeza de que se trata de la especie zoológica **Schistosoma de mansoni** de Sambon.

Con posterioridad hemos sabido, por comunicación personal del mismo colega, que se han registrado cinco casos más de esquistosomiasis; todos en personas jóvenes de 12 a 21 años de edad, contaminadas en la misma fuente. Llegan pues a **once** los casos encontrados en 3 años de búsqueda, 1942-43-44.

También se nos informa que el primer enfermo murió hace unas semanas en el Hospital Pina, de insuficiencia cardio-vascular. Algunos casos interesantes merecerían un comentario detenido, pero no deseamos entrar en consideraciones clínicas, porque consideramos superfluo hacerlo en esta ocasión. Sólo queremos fijar la atención sobre ciertos hechos ya señalados de paso: en los casos observados los sujetos eran individuos jóvenes de 9 a 23 años. Dato que de seguir comprobándose en sucesivas observaciones indicaría que se trata de un foco endémico de reciente formación, como entendemos es también opinión de Koppisch y de Ponce Pinedo. Además, en 3 años de búsqueda suman 11 los casos anotados, lo que prueba que la enfermedad parece no estar muy extendida todavía, indicando todo a nuestro entender, que el origen del foco no debe datar de dos dé-

cadas, y que quizás pueda relacionarse con el establecimiento de colonos infestados procedentes de las islas vecinas, lo que sería objeto de futuras investigaciones.

Tenemos la esperanza de que el foco se podrá extinguir, porque la gente de ese lugar es de lo más disciplinada y obedece las instrucciones de las autoridades sanitarias, porque comprenden el peligro inminente que ocultan las aguas de los señalados riachuelos.

Desde luego la vía está abierta y ya están en marcha pesquisas que han de aclarar los demás detalles del problema en sus múltiples aspectos para nosotros los médicos dominicanos y que puedan interesar a los médicos de Puerto Rico, cuya experiencia puede sernos muy provechosa.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Avenida Manuel Fernández Juncos,
Parada 19, Santurce, P. R.

AÑO XXXVII MARZO, 1945 NÚM. 3

EDITOR Y ADMINISTRADOR:

DR. E. MARTINEZ RIVERA

EDITORES ASOCIADOS:

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. A. M. MARCHAND
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del mes

Durante el mes de marzo se han celebrado las siguientes actividades de carácter médico:

Marzo 2 - Comida ofrecida por la directiva de la Asociación en honor al Dr. Leland E. Hinsie, su esposa e hija.
Marzo 5 - Reunión anual de la Asociación de Servicios de Hospitalización (Blue Cross Plan)
Marzo 6-10 - Exámenes de reválida para médicos, practicantes y comadronas.
Marzo 9 - Reunión del Comité de Etica de la Asociación.
Marzo 12 - Reunión de la Directiva de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.
Marzo 13 - Reunión de la Junta de Directores de la Asociación Médica de Puerto Rico.
Marzo 14 - Reunión de la Junta de Esfuerzo de Guerra.
Marzo 19 - Reunión del Comité de Biblioteca.
Marzo 20 - Reunión del Comité especial de Legislación.
Marzo 23 - Reunión de la Sección de Oftalmología y Otorrinolaringología.
Marzo 26 - Buffet supper ofrecido por el Dr. Blanes en honor de los miembros de la Sociedad Puertorriqueña de Radiología.
Marzo 27 - Reunión científica de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

ASOCIACIONES DE DISTRITO

San Juan

El martes 27 del mes en curso, y con una nutrida concurrencia, la Asociación Médica del Distrito de San Juan, que preside el Dr. Federico Hernández Morales, llevó a efecto en esta capital su asamblea mensual de carácter científico, con el siguiente programa:

Tratamiento de la Gonorrea con Penicilina, Dr. Luis A. Sanjurjo.

Tratamiento de la Sífilis con Penicilina, Dr. J. D. Porfterfield

Estos trabajos que resultaron de gran actualidad, despertaron el interés de todos los asistentes, tomando parte en la discusión de los mismos, varios de los compañeros presentes.

Guayama

La asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Guayama, ha sido fijada para llevarse a efecto el domingo 8 de abril en la Central Aguirre, acto para

el cual se ha confeccionado un muy interesante programa de carácter científico-social.

* * *

Esperamos que las demás reuniones de distrito se lleven a cabo de conformidad con el itinerario tentativo sometido por el presidente a la consideración de las directivas de distrito, y el cual transcribimos una vez más para que sirva de recordatorio a todos los interesados:

Guayama — Abril 8
Mayagüez — Mayo 20
Aguadilla — Junio 17
Humacao — Julio 15
San Juan — Agosto 12
Ponce — Septiembre 16
Arecibo — Octubre 21

Sección de Oftalmología y Otorrinolaringología

En la noche del viernes 23 de marzo, y bajo la presidencia del Dr. Ricardo F. Fernández, reuniéronse en el domicilio de nuestra Asociación, los miembros de la Sección de Oftalmología y Otorrinolaringología.

Esta reunión fué de carácter científico, y en la misma se llevó a efecto el siguiente programa:

"Presentación de un caso de Síndrome de Retracción", por los doctores Luis y Ricardo F. Fernández
Discusión de mesa redonda sobre casos de la especialidad tratados con Penicilina

Felicitamos cordialmente a todos los miembros de la Sección por su marcado empeño en mantener latente el espíritu científico y de compañerismo que motivara la organización de la misma, y exhortamos muy sinceramente a los miembros de las demás secciones debidamente organizadas para que de cuando en cuando celebren también reuniones de carácter científico-social.

Exámenes de Reválida

Del 6 al 10 del mes en curso, el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico celebró exámenes de reválida para médicos, en el domicilio de nuestra Asociación, habiendo concurrido a tomar los mismos, los siguientes candidatos:

Exámenes regulares

Dr. José M. Berio
Dr. Hipólito Biaggi
Dr. James Rex Bunker
Dr. Samuel Garau
Dr. Antero Lacot Salgado
Dr. Albert Andrew Lang
Dr. Hirám López Morales
Dr. Rafael M. Mudafort
Dr. Jenaro Scarano
Dr. Lawrence J. Snyder
Dra. Martha Soler Diorio
Dr. Luis J. Torres Oliver
Dr. Miguel Alberto Tulla
Dr. Fernando Vallecillo
Dra. Dharma L. Vargas
Dr. Pedro Conde
Dr. Plácido Osvaldo González
Dr. José A. Salazar
Dr. Francisco Porrata
Dr. Frank Quiñones Jiménez

Exámenes especiales

Dr. José Honorio Vázquez
Dr. José M. Silva
Dr. José Viejo
Dr. Jaime Oliver Pino

En nuestra próxima edición daremos a conocer los nombres de los candidatos que hayan aprobado dichos exámenes.

PERSONALES

Dr. R. Piñero Fernández

Recientemente regresó a nuestra isla, después de una ausencia de varios meses, durante los cuales cursó estudios avanzados en instituciones médicas de los Estados Unidos, el estimado amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Reciba el amigo Piñero Fernández nuestro cordial saludo de bienvenida.

Dr. Rafael Timothée

Con el propósito de llevar a cabo estudios en materia de salud pública, embarcó recientemente hacia los Estados Unidos el querido amigo Dr. Rafael Timothée, quien tiene a su cargo la dirección de la Unidad modelo que el Departamento de Sanidad tiene instalada en la vecina población de Río Piedras, y en donde reciben entrenamiento los médicos, enfermeras y demás personal que trabajan para el Departamento en las unidades de salud pública de la isla.

Mucho éxito en sus estudios deseamos al amigo Timothée.

Dr. Blas C. Herrero

Desde mediados del mes de febrero se encuentra por los Estados Unidos, en viaje de placer y estudios, el estimado amigo Dr. Blás C. Herrero, quien por muchos años ocupó el cargo de Director de Beneficencia del Gobierno de la Capital.

Que disfrute a plenitud de su viaje por el continente deseamos al amigo Herrero.

Dr. Hirám Vázquez Milán

A mediados de este mes fué honorablemente licenciado del Ejército nuestro buen amigo y compañero, el Dr. Hirám Vázquez Milán, quien reside con su distinguida esposa, la Dra. Blanca H. Trelles, en esta capital.

El amigo Vázquez se propone ahora ejercer su profesión privadamente, para lo cual ha instalado una oficina en la Parada 26, de la Avenida Fernández Juncos, de Santurce.

Mucho éxito en su nuevo campo de acción deseamos al amigo Hirám.

Nuevos miembros

En la reunión de la Junta de Directores celebrada el día 13 del mes en curso, fueron admitidos como miembros de nuestra Asociación, los siguientes compañeros:

Dra. Idalia Ortiz, de Santurce

Dr. Hirám Vázquez Milán, de Santurce.

NOTICIAS MEDICAS DEL EXTERIOR

American College of Chest Physicians

Según nota que nos ha enviado el Secretario Ejecutivo del American College of Chest Physicians, dicha organización ha suspendido la asamblea anual que estaba señalaba para tener lugar en Filadelfia el próximo mes de junio.

El Consejo Ejecutivo del Colegio se reunirá en sesión administrativa el 17 de junio en Chicago.

Sociedad Nacional de Cirugía de Cuba

La Sociedad Nacional de Cirugía de Cuba eligió recientemente la siguiente Junta de Directores, para los años 1945-46:

Presidente—Dr. Gonzalo E. Aróstegui
Vice-Pres.—Dr. Vicente Banet
Secretario—Dr. José I. Tarafa
Vice-Secretario—Dr. René Smith
Tesorero—Dr. José Lastra
Vice-Tesorero—Dr. Pedro Pablo Nobo

Congreso Nacional de Cancerología

Del 7 al 12 de mayo del año en curso, se celebrará en la Habana, Cuba, bajo los auspicios de la Sociedad Cubana de Cancerología y de la Liga Contra el Cáncer de dicho país hermano, el Segundo Congreso Nacional de Cancerología.

El Congreso constará de las siguientes partes:

1. Ponencias Oficiales
   (a) Cáncer del esófago
   (b) Cáncer de la mama
2. Organización de Centros Anticancerosos: Estadísticas, Servicio Social, Propaganda, Divulgación y Lucha Anticancerosa.
3. Temas libres de Cancerología.
4. Exposición científica y comercial.

Información más amplia sobre este Congreso podrá btenerse directamente del Comité Organizador, Oficinas de la Liga Contra el Cáncer, Calle F entre 27 y 29, Vedado, Habana, Cuba.

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

Nuevamente damos a la publicación la relación de compañeros que contribuyen de manera efectiva al fondo del Auxilio Médico Mutuo, mediante la expedición de sus certificaciones en los impresos que les suple nuestra Asociación.

Es de notar que de los 420 compañeros que pertenecen al Auxilio únicamente 56 han hecho remesas a la tesorería por dicho concepto. Sabemos de otros que habiendo expedido certificaciones en dichos impresos, aún no han enviado el importe de las mismas a Tesorería, a pesar de nuestras reiteradas súplicas al efecto. Una vez más urgimos de estos compañeros envíen el importe de sus certificaciones al Tesorero de la Asociación, y exhortamos a todos los miembros de la Asociación a hacer uso frecuente de dichos impresos, para robustecer aún más el fondo con que cuenta el Auxilio Médico Mutuo.

Dr. José Menéndez
Dr. F. Sánchez Castaño
Dr. Manuel G. Guerra (4)
Dr. Amalio Roldán (5)
Dr. R. Rivera Aulet (2)
Dr. Ricardo F. Fernández (2)
Dr. Leoncio T. Davis (4)
Dr. Fernando Asencio
Dr. Rafael Rivera (3)
Dr. Ramón C. Umpierre (3)
Dr. Miguel Alonso (2)
Dr. Juan Veve
Dr. A. Rodríguez Olleros (2)
Dr. Ezequiel Prieto
Dr. Julio R. Rolenson
Dr. R. Muñoz Vázquez
Dr. A. Otero López (2)
Dr. Héctor A. Bladuell (11)
Dr. Narciso Moreno
Dr. Luis J. Fernández
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. José F. González
Dr. Francisco J. Casalduc (3)
Dr. J. R. Bierley
Dr. Rafael A. Vilar (3)
Dr. Edgardo Quiñones
Dr. M. García de Quevedo
Dr. Luis F. Santos Tió (4)
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Francisco Seín
Dr. Carlos Domínguez
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. A. Fernández Valdés
Dr. F. Berio (2)
Dr. J. Ramos Lebrón
Dra. Edith Z. Rodríguez (2)
Dr. Luis L. Biamón
Dr. I. González Martínez
Dr. Frederick Ellis
Dr. José S. Belaval
Dr. L. A. Balasquide
Dr. Arquelio Ramírez
Dr. Luis R. Moczó
Dr. Honorato Estella (2)
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Manuel de la Pila
Dr. Ramón Maldonado
Dr. Elías C. Segarra
Dr. Eduardo D. Maldonado
Dr. J. Forastieri (2)
Dr. Jacinto Zaratt
Dr. Julio A. Santos
Dr. Jorge del Toro
Dr. Max D. Sánchez
Dr. J. Rodríguez Olmo
Dr. Ana Janer

FONDO PRO MEJORAS AL EDIFICIO

Compañeros que han aportado hasta la fecha su cuota de cien dólares:

Alonso, Miguel
Amorós, Luis A.
Antommattei, Armando
Añeses Arrache, José
Asencio, Fernando
Astor, Manuel A.

Barbosa, Guillermo
Bernabe, Adolfo
Bernabe, Rafael
Bladuell, Héctor A.
Blanes, Rafael A.
Bond, E. M.
Bonelli, Pablo M.
Bou, Alfredo L.
Bou, Alfredo V.
Busquets, Salvador S.

Caballero, Mariano B.
Cajigas, Tomás
Cardona, Néstor de
Carrasquillo, H. F .
Carrión, Arturo
Casalduc, F. J.
Colón, Julio E.
Colón, Rafael
Curbelo, Pablo G.

Dávila, Basilio
del Llano Sánchez, José Manuel
Domínguez, César

Estella, Honorato

Fernández García, Eugenio
Fernández, Luis J.
Fernández Marchante, F.
Fernández, Ricardo F.
Ferrer, José C.
Font, J. H.
Font Suárez, V.
Fossas, Manuel
Franceschi, Andrés

García Cabrera, E.
Garrido Collazo, J.
González, José F.
González Martínez, Isaac

Homedes, Juan

Iguina, José A.

Janer, Manuel
Jiménez, José D.
Juliá, Mario

Landrón, José
Laugier, Agustín R.
López de la Rosa, L.

Marqués, Guillermo
Márquez, Francisco
Marty, Randolfo
Mejía Ruiz, R.
Mejía, Alberto
Moczó, Luis R.
Montalvo Guenard, J. L.
Morales, Luis Manuel
Morles Otero, Pablo
Morales Ruiz, J. S.
Moreno, Narciso
Muñoz, Justo Luis
Muñoz MacCormick, C. E.

Navas Torres, A.
Noya Benítez, J.

Orpi, Pedro
Ortiz, Antonio
Otero López, A.

Palmieri, Julio
Palou, Pedro J.
Pavía Fernández, Manuel
Perea, Augusto

Perea, Nelson
Pérez, Eduardo R.
Picó, José
Pietri, Agustín
Pila, Manuel de la
Pons, Juan A.
Pujadas Díaz, Manuel

Quilichini, Carlos A.

Ramírez, Arquelio
Ramírez, Urbano
Ramos Lebrón, J.
Ramos Mimoso, J. R.
Rivas, Jaime
Rivera Aulet, R.
Rodríguez, Calixto
Rodríguez Olleros, A.
Roldán, Amalio
Rojas, Elí S.
Romeu Ortiz, E.
Rovira Palés, Carlos

Sabater, Juan A.
Sánchez Castaño, F.
Santos, Julio A.
Santos, Luis F.
Señeriz, R. H.
Serra Chavarry, J.
Sifre, Ramón J.
Suárez, Ramón M.
Susoni, Antonio H.
Susoni, Francisco M.

Tomasini, Mario J.
Toro, Jorge del
Trelles, Laureano
Trilla, Federico

Vallecillo, Arsenio
Vallecillo, Luis A.
Velázquez, Rafael
Vilar, Rafael A.

Yordán, Luis A.

Zapata, Miguel A.

FONDO PRO MEJORAS AL EDIFICIO

Compañeros que han enviado parte de la cuota:

Acota, Guillermo
Acosta, Raúl R.
Acosta Velarde, Jaime
Alfaro Díaz, Félix
Arbona, Guillermo

Balasquide, Lorenzo
Berio, Francisco
Biamón, Luis L.
Buxeda, Fernando

Cadilla, Arturo
Caso, Hilario
Clavell, Luis C.
Costas Durieux, Jaime L.

Dunscombe, Colby W.

Fas Fagundo, Nayip
Fernández Fuster, M.
Fernández Valdés, A.
Ferrer Delgado, Tomás
Francisco, Roberto
Fuster, Jaime L.

Gándara, José N.
García Bird, J.
García, David E.
García Soltero, A.
García Ubarri, A.
Godreau, Miguel F.
González, Carlos
González Flores, J. R.
González, Héctor M.

Hernández del Valle, Pedro

Igartúa, Gregorio

Lassisse, Enrique
López, Hilton L.

Malaret, Pedro
Mariani, Miguel A.
Martínez Alvarez, A.
Martínez, Ernesto J.
Martínez Rivera, E.
Mejías, Francisco J.
Menéndez, José
Mujica, Agustín

Oliveras Guerra, A.

Pérez Toledo, A.

Quintero, Ernesto
Quiñones, Jesús M.

Ramírez Cuerda, T.
Reinhardt, Alice
Rivera, Rafael
Río, Juan del
Roca, Julio C.
Rodríguez Pastor, J.
Rodríguez Pérez, David
Román Benítez, M.
Ruiz de Porrás, F.

Sánchez, Luis A.
Sánchez, Max D.
Skerrett, Víctor
Soto Ramos, José

Torruellas, Severo

Velázquez, Federico
Veve, Miguel

FIRMAS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE HASTA LA FECHA HAN CONTRIBUIDO PARA EL EQUIPO DE LA NUEVA BIBLIOTECA

Abbott Laboratories
Mead Johnson Company
Winthrop Chemical Company
Lederle Laboratories Company
Sterling Products
César A. Toro
H. V. Grosch Company
Burroughs Wellcome Company
E. R. Squibb & Sons
Schering Corporation
Cutter Laboratories

Afleg Laboratories
Pelegrina & Lloréns
Ciba Pharmaceutical Products
Hoffman-La Roche, Inc.
Roche-Organon, Inc.
Parke Davis
Frank W. Horner, Inc.
Vincent Christina & Co.
Endo Products, Inc.
Enrique Vélez Posada
A. S. Aloe Company

RAPIDO ALIVIO DE LOS DOLORES DE HIPERCLORHIDRIA Y ULCERA PÉPTICA



ON AMPHOJEL

La Gel de Alúmina de Wyeth

PHOJEL—el antiácido ideal—procura un alivio rápido de los dolores de la hiper-ez, juntamente con una seguridad absoluta para el enfermo.

PHOJEL ha llegado a ser la terapia predominante en el tratamiento de la úlcera ica, debido a su éxito espectacular en la cicatrización de la lesión ulcerosa, aún asos de úlcera sangrante.

PHOJEL no puede producir ni hipersecreción reaccional secundaria del jugo gás-o ni alcalosis.

JOHN WYETH & BROTHER · INCORPORATED
Fabricantes de Productos Farmacéuticos de Alta Calidad Desde 1860
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.
CHICAGO CLEVELAND JERSEY CITY DURBAN LONDRES SYDNEY BUENOS AIRES



Por su acción clínica y por su composición, el **AMPHOJEL** *no se asemeja a los demás antiácidos*

EL AMPHOJEL es un suspensoide de hi dróxido de aluminio—$Al_2(OH)_6$. Tiene un pH de 6.7 y no contiene ni álcalis n tierras alcalinas.

Al igual que la leche, el AMPHOJEL no "neutraliza" completamente la acidez gástrica sino que reduce las secreciones gástricas a un pH compatible con la cicatrización d los tejidos patológicos, como se encuentran en casos de úlcera y gastritis.

Como el AMPHOJEL no puede ser absorbido por el organismo, tampoco puede rompe el equilibrio ácido-básico del mismo, evitando así la hipersecreción reaccional secun daria o la alcalosis, aún cuando se emplee por mucho tiempo.

JOHN WYETH & BROTHER · INCORPORATED

Fabricantes de Productos Farmacéuticos de Alta Calidad Desde 1860

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

CHICAGO · CLEVELAND · JERSEY CITY · DURBAN · LONDRES · SYDNEY · BUENOS AIRES

¿QUE REPRESENTA LA RELACION 2.7 A 1?



• *2.7 a 1* es la relación de proteína (4%) a grasa (1.5%) en el DRYCO reconstituído. Este alto nivel de proteína en DRYCO compensa la superioridad biológica de la proteína en la leche materna en comparación con la proteína en la leche de vaca, asegurando así una cantidad adecuada de proteína durante los primeros meses, precisamente cuando los niños crecen con mayor rapidez.

De acuerdo con opinión autorizada: "Para que el niño obtenga una cantidad adecuada de proteína según contenida en la leche de vaca, necesita una cantidad mayor que la que obtiene cuando se alimenta con leche materna."—Chapin & Royster.

El bajo contenido de grasa, la cual debido al método empleado para elaborar el DRYCO es más fácil de digerirse, evita los trastornos digestivos a menudo causados por el alto contenido de grasa en las fórmulas de leche natural.

De acuerdo con opinión autorizada: "Las indigestiones son causadas más a menudo por un exceso de grasa en la alimentación artificial, que por un exceso de cualquier otro elemento."

—Morse & Talbot.

Por consecuencia, la relación 2.7 a 1, significa que alimentado con DRYCO, el bebé disfruta de una cantidad adecuada de proteína para asegurar el crecimiento óptimo de los tejidos y al mismo tiempo disfruta de máxima digestibilidad.

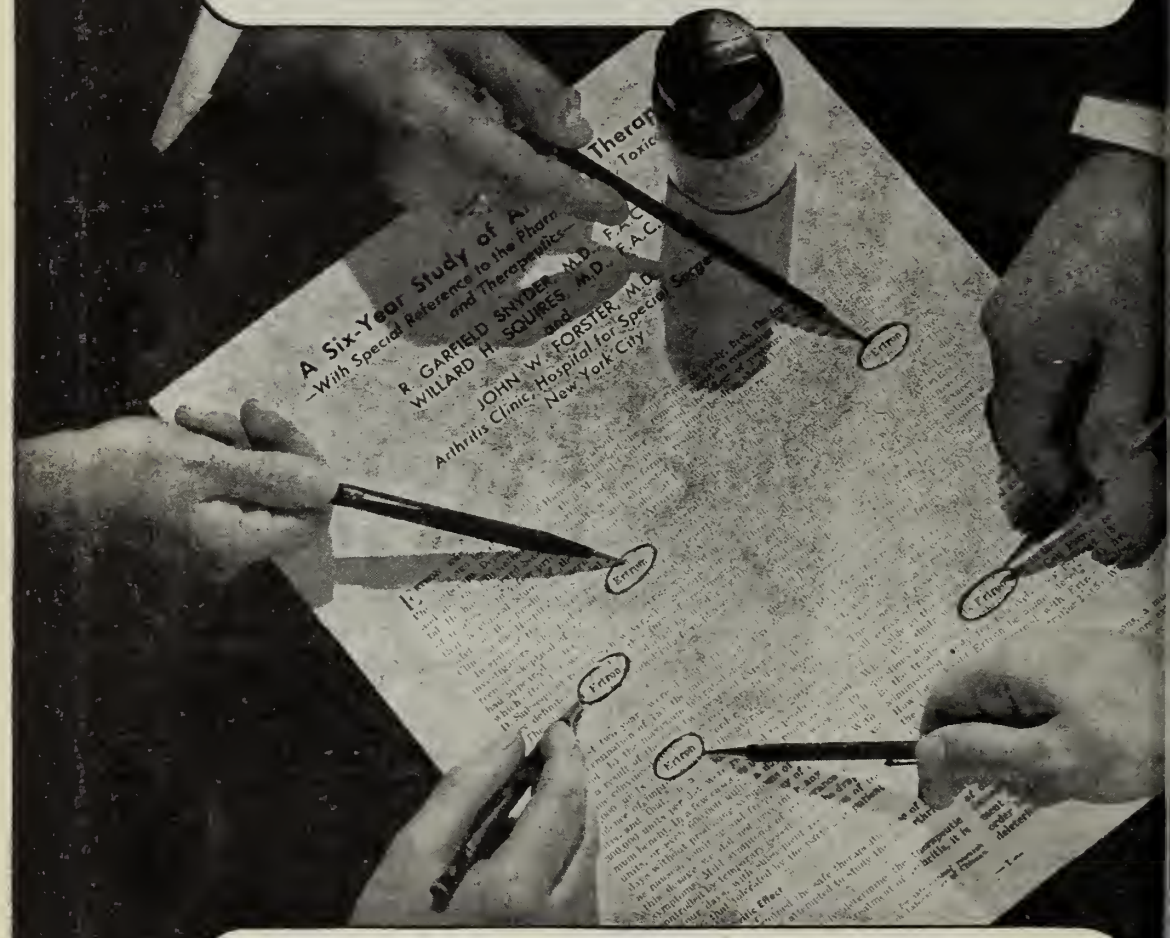


DRYCO

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL

Distribuiores para Puerto Rico:
PLAZA PROVISION COMPANY, Allen 15, San Juan, P. R.

LA BIBLIOGRAFIA ESPECIFICA ERTRON*
en el Tratamiento de las Artritis



La confianza con que la profesión médica receta Ertron en el tratamiento de la artritis, descansa sobre un gran cúmulo de evidencia.

Diez años de minuciosas investigaciones sobre la terapia antiartrítica con Ertron, han rendido una extensa bibliografía en soporte de que Ertron es eficaz e inofensivo en la artritis.

Y los informes publicados por los investigadores no atañen a otro producto más que Ertron—el agente empleado en los estudios clínicos.

Los resultados terapéuticos de la administración de Ertron se manifiestan con uno o más de estos efectos: Reducción del dolor, disminución de la inflamación de los tejidos blandos, mayor capacidad de movimiento activo, y notable restauración de la normalidad funcional.

REFERENCIAS EN SOPORTE DE ERTRON
en el Tratamiento de las Artritis

1. Dreyer, I. and Reed, C. I.: Treatment of Arthritis with Massive Doses of Vitamin D, Archives of Physical Therapy, *16*:537 (1935).
2. Livingston, S. K.: Vitamin D and Fever Therapy in Chronic Arthritis, Archives of Physical Therapy, *17*:704-706 (Nov.) 1936.
3. Steck, I. E.: Clinical Experience in the Treatment of Arthritis with Massive Doses of Vitamin D, Peoria Medical News, *8*:2-7 (1937).
4. Steck, I. E.: Clinical Experience in the Treatment of Arthritis with Massive Doses of Vitamin D, Illinois Medical J., *71*:243-248 (1937).
5. Steck, I. E., Deutsch, H., Reed, C. I. and Struck, H. C.: Further Studies on Intoxication with Vitamin D, Annals of Internal Medicine, *10*:951-964 (1937).
6. Farley, R. T.: The Treatment of Arthritis with Massive Dosage Vitamin D, J. Amer. Inst. of Homeopathy, *31*:405-409 (July) 1938.
7. Reed, C. I., Struck, H. C. and Steck, I. E.: Vitamin D, Chemistry, Physiology, Pharmacology, Pathology, Experimental and Clinical Investigations, Pub. by University of Chicago Press (1939).
8. Farley, R. T.: Management of Arthritis, Illinois Med. J., *71*:74-77 (Jan.) 1939.
9. Farley, R. T.: The Influence of Prolonged Administration of High Dosages of Vitamin D Upon the Serum Calcium of Adults, Journal-Lancet, *59*:401-404 (Sept.) 1939.
10. Snyder, R. G. and Squires, W. H.: A Preliminary Report on Activated Ergosterol, N. Y. State J. of Med., *40*:708 (May 1) 1940.
11. Farley, R. T., Spierling, H. F. and Kraines, S. H.: A Five-Year Study of Arthritic Patients, Indus. Med., *10*:341-352 (Aug.) 1941.
12. Snyder, R. G. and Squires, W. H.: Follow-Up Study of Arthritic Patients Treated with Activated Vaporized Sterol, N. Y. State J. Med., *41*:2332 (Dec.) 1941.
13. Steck, I. E.: Further Clinical Experience in the Treatment of Chronic Arthritis with Vitamin D, Ohio State Med. J., *38*:440 (May) 1942.
14. Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W., Traeger, C. H. and Wagner, L. C.: Treatment of Two Hundred Cases of Chronic Arthritis with Electrically Activated Vaporized Sterol (Ertron), Indus. Med., *11*:295 (July) 1942.
15. Freyberg, R. H.: Treatment of Arthritis with Vitamin and Endocrine Preparations, J. A. M. A., *119*:1165 (Aug. 8) 1942.
16. Reynolds, C.: Comparative Therapeutic Value and Toxicity of Various Types of Vitamin D, Journal-Lancet, *62*:372-375 (Oct.) 1942.
17. Levinthal, D. H. and Logan, C. E.: The Orthopedic and Medical Management of Arthritis, Journal-Lancet, *63*:48 (Feb.) 1943.
18. Snyder, R. G., Squires, W. H. and Forster, J. W.: A Six-Year Study of Arthritis Therapy—With a Special Reference to the Pharmacology, Toxicology and Therapeutics, Indus. Med., *12*:291 (May) 1943.
19. Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W., Rudd, E.: The Therapeutic Value of Electrically Activated Ergosterol when Administered Intramuscularly, Indus. Med., *12*:663 (Oct.) 1943.
20. Reynolds, C. and Burns, E. L.: The Effect on the Rat of Prolonged Administration of Large Doses of Electrically Activated Ergosterol, Indus. Med., *12*:835 (Dec.) 1943.
21. Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W. and Rudd, E.: Comparative Study of Ultraviolet Irradiated Ergosterol (Steenbock Process) and Electrically Activated Ergosterol (Whittier Process)—A Preliminary Report, Journal-Lancet, *64*:25 (Jan.) 1944.
22. Levinthal, D. H., Logan, C. E., Kohn, K. H. and Fishbein, W. I.: Practical Management of Arthritis —Medical and Orthopedic, Indus. Med., *13*:377 (May) 1944.



ERTRON Parenteral

A los médicos que deseen suplementar la administración rutinaria oral de Ertron con inyecciones parentéricas, les ofrecemos Ertron Parenteral en cajas de 6 ampollas de 1 cc. Cada ampolla contiene 500,000 u. i. de ergosterol vaporizado, activado por el método Whittier.



PARA ERTRONIZAR AL ARTRITICO

Ertronizar significa: Emplear Ertron a dosis diarias adecuadas, durante un período de tiempo suficientemente largo para obtener los resultados óptimos. Aumentar las dosis hasta llegar a las recomendadas, o hasta alcanzar el nivel de tolerancia. Mantener estas dosis hasta obtener la mejoría máxima.

Presentación: En frascos de 50 y 100 Cápsulas.

*Reg. U. S. Pat. Off.

NUTRITION RESEARCH LABORATORIES • CHICAGO, U. S. A.

Representantes Exclusivos en Puerto Rico: Pelegrina & Llorens, San Juan

THESODATE (Brewer)

Definition: Thesodate (Brewer) is the original ENTERIC COATED tablet of Theobromine Sodium Acetate.

Indications: Thesodate (Brewer) is indicated in the treatment of coronary artery disease, edema, and hypertension.

Distribution: Thesodate (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
*Thesodate, 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

Dose: One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION:
1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G., Arch. Int. Med., Vol. 60, page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F., J. A. M. A., Vol. 109, page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E., Am. H. Jour., Vol. 19, page 639, Number 6, June, 1940.

• Thesodate, 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, INC. **Worcester, Mass., U.S.A.**

Pharmaceutical Chemists Since 1852

HERISAN

(MARCA REGISTRADA)

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" Y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA:	50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D por gramo	10 gramos
	Acido Bórico	2 gramos
	Oxido de Zinc	15 gramos
	Talco	15 gramos
	Vehículo	58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en: HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, etc.

Preparado por

ANDROMACHUS CORPORATION

22 East 49th Street. New York 1s-17, N. Y.

Distribuidor: **E. VELEZ POSADA,** Plaza de Colón, San Juan.

Miscibilidad . . .

Petrolagar se dispersa fácilmente

ıo de los factores esenciales del tratamiento del estreñimiento es lograr la rmación de heces blandas que se evacuen sin dificultad. Esto puede conseguirse ilmente con el uso de PETROLAGAR, suspensión acuosa de aceite mineral fino. . La propiedad miscible de PETROLAGAR permite la dispersión uniforme de sus bulos, lo cual ablanda y humedece las heces facilitando una cómoda eliminación. . Como el organismo no absorbe el PETROLAGAR, es éste especialmente útil ando uno de los factores contribuyentes del estreñimiento sea la deshidratación cesiva.



ACEITE MINERAL Y AGUA: El aceite mineral ıple y el agua pueden mezclarse temporalnte, agitándolos hasta formar una suspenn. pero . . .



NO SON MISCIBLES: Se separan inmediatamente al dejar de agitar. Debido a esta inmiscibilidad, el aceite mineral se escurre a través del colon, sin producir un efecto satisfactorio.



TROLAGAR Y AGUA: La suspensión acuosa glóbulos de aceite mineral hace que TROLAGAR tenga la facultad de mezclarse ı agua y los demás flúidos del organismo.

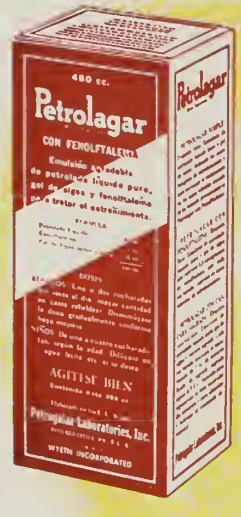


FINA SUSPENSION DE ACEITE Y AGUA: El tratamiento eficaz del estreñimiento queda asegurado, con mayor facilidad, mediante el uso de PETROLAGAR.

LA DISTRIBUCION UNIFORME DE LOS GLOBULOS DE PETROLAGAR AYUDA A ESTABLECER LA DEFECACION COMODA.

YETH INTERNATIONAL LIMITED, New York, N. Y., E. U. A.

Para el Tratamiento Logico del Estreñimient

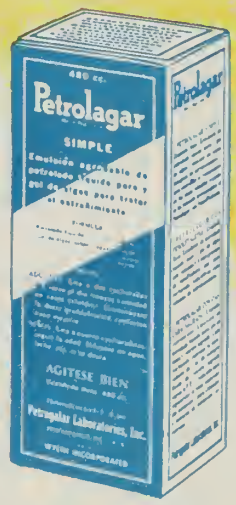


3 TIPOS DE PETROLAGAR

PETROLAGAR CON FENOLFTALEINA

Indicaciones: Para casos rebeldes de estreñimiento, donde sea conveniente estimular la acción peristáltica.

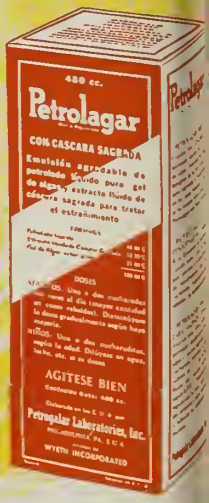
ENVASES: Frascos de 240 cc. y 480 cc.



PETROLAGAR SIMPLE

Indicaciones: Para el tratamiento de la estasis intestinal, donde se hace necesaria la acción de un lubricante suave y emoliente. Para niños y adultos, casos postoperatorios, como auxiliar en las dietas restringidas, durante el embarazo, y como enema de retención o de limpieza.

ENVASES: Frascos de 240 cc. y 480 cc.



PETROLAGAR CON CASCARA SAGRADA

Indicaciones: Cuando se indique el uso de extracto flúido de Cascara Sagrada. No es amargo; es agradable al paladar. Para ancianos, casos postoperatorios, durante la preñez, y para enfermos hospitalizados e inválidos.

ENVASES: Frascos de 240 cc. y 480 cc.

PETROLAGAR, *Emulsion Mecanica de Petrolado Liquido Puro*

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL
(Organizada en 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

Radiología

Revisión comprensible de los conceptos de física y altas matemáticas necesarios, interpretación de placas, todos los procedimientos diagnósticos de uso standard, métodos de aplicación y dosis de radioterapia, radium y rayos X; procedimientos fluoroscópicos standard y especiales. Revisión de lesiones dermatológicas y tumores susceptibles de radioterapia, así mismo con los métodos y cálculos de dosis en los tratamientos. Especial enseñanza de los más nuevos métodos diagnósticos por medios de contraste (broncografía) al lipiodol, uterosalpingografía, visualización de las cámaras cardíacas, insuflación perirrenal y mielografía. Se incluyen, instrucciones sobre disposición y dirección de departamentos radiólogos.

Cirugía Plástica Reparadora

Este curso incluye diagnóstico y determinación del tratamiento; preparación pre-operatoria; anestesia; técnica operatoria; vendajes; cuidados post-operatorios; referencia especial de la utilización de piel y otros tejidos en la corrección de desfiguros y restitución de pérdidas de tejidos congénitas o adquiridas. Operaciones en el cadáver. Atención particular conferida a las conferencias, estudios y demostraciones de los avances de la anatomía quirúrgica, patología, etc., desde el punto de vista del problema de c. plástica.

Anestesia

Regional y espinal (en el cadáver) con demostraciones en la clínica del bloqueo caudal, espinal, troncular y regional; comprendiendo sus aplicaciones en Cirugía Urológica. Ginecológica y General. Anestesia en general con conferencias y demostraciones.

Otología Avanzada

Un curso especial en otología avanzada incluyendo instrucción operatoria en cadáveres, la más reciente técnica operatoria para petrositis, meningitis, cirugía para mejorar defectos auditivos (otoesclerosis), asistencia a clínicas y conferencias, examen pre-operatorio de pacientes, presencia a operaciones, y curso post-operatorio de los enfermos en las salas.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

MEDICAL EXECUTIVE OFFICER: 345 West 50th St., New York City

kalak

REG. U.S. PAT. OFF.



With the coming of the heated season KALAK has the capacity of relieving conditions due to heat-effects, the basis of many complaints. It is refreshingly delicious, sparkling, alkaline.

A post-card to us signed by the doctor will bring him our cards giving accepted clinical laboratory normal data, gratis.

KALAK WATER COMPANY OF NEW YORK, INC.

30 Rockefeller Plaza - New York 20

Distributed by

RODOLFO BERNAL

San Juan, Puerto Rico

LA ACCION EMOLIENTE DEL "CALOR HUMEDO"

Muchas autoridades médicas aconsejan el uso de calor húmedo en forma de cataplasmas, para aliviar los siguientes síntomas cuando se presentan en las afecciones del aparato respiratorio:

Tos
Rigidez Retroesternal
Dolor Muscular y Pleurítico
Opresión del Pecho

La ANTIPHLOGISTINE, como cataplasma medicinal, es un modo conveniente de aplicar calor húmedo durante períodos prolongados.

La ANTIPHLOGISTINE es un valioso coadyuvante en el tratamiento sintomático de la Bronquitis, Traqueítis, Resfriados del Pecho, Amigdalitis, Pulmonía, Pleuresía.

La ANTIPHLOGISTINE puede usarse juntamente con la quimioterapia.

ANTIPHLOGISTINE

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., Nueva York

Francisco Garratón, S. en C., Apartado 1541, San Juan.



Distribuidores:

SUCRS. DE ABARCA, INC.

Depto. de Drogas y Productos Farmacéuticos

Miramar - Santurce, Puerto Rico

B E F L E G

COMPLEJO DE VITAMINA "B"
INYECTABLE

FORMULA

Hcl de Tiamina	10	mg.
Riboflavina	0.1	mg.
Hcl de Piridoxina	1	mg.
Nicotinamida	10	mg.
Pantotenato de Calcio	0.10	mg.
Clorobutanol	0.50%	

Se suple en Ampolletas de 5 y 10 cc.

AFLEG LABORATORIES

San Juan, Puerto Rico

---

* ANEMIA — La primera idea, medicación hematopoyética.
* FERHEPTOL — Agente estimulador de la hematopoyesis. Solución parentérica de Extracto de Hígado a la que se agrega por cada 5 cc.

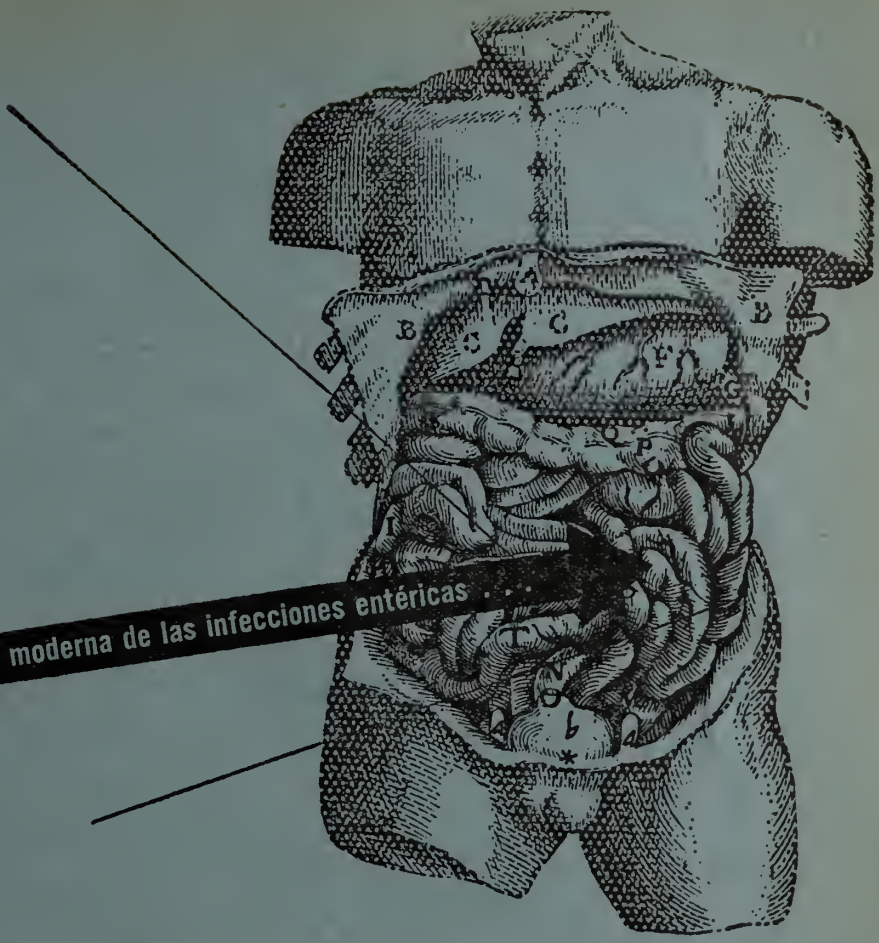
Hierro (en forma de Peptonato)	0.005	mg.
Cobre (en forma de Sulfato)	0.0001	mg.
Vitamina B_1 (HCL de Tiamina) (1000 UI por cada 5 cc.)	3.33	mg.
Alcohol Bencílico	0.50%	
Clorobutanol	0.50%	
Ticresol	0.30%	

Indicado en los casos de anemia perniciosa y macrocítica y varios tipos de anemias hipocrómicas.

—oOo—

Ampolla de 5 y 10 cc. **FERHEPTOL** Eficaz - Antianémico

AFLEG LABORATORIES — San Juan, P. R.



quimioterapia moderna de las infecciones entéricas

Es OPINIÓN casi general que en la quimioterapia de las infecciones entéricas la "SULFASUXIDINA" no tiene rival. Este nuevo compuesto descubierto y sintetizado en los laboratorios de Sharp & Dohme, ejerce poderosa acción bacteriostática y bactericida contra los bacilos gram negativos y actúa sólo en la luz intestinal. La droga es escasamente absorbida por el torrente sanguíneo y las reacciones tóxicas son sumamente raras.

La "SULFASUXIDINA" es más eficaz que los antiguos derivados sulfonamídicos de acción intestinal, y da excelentes resultados en la quimioterapia de las infecciones entéricas: disentería bacilar, (Shiga, Flexner, Sonne) enterocolitis, colitis ulcerante, y se emplea con éxito como profiláctico pre y postoperatorio en cirugía colónica.

Presentación: En frascos de 100, 500 y 1,000 comprimidos de 0.5 gm. Envases originales.

Sharp & Dohme, Philadelphia, E. U. A.

"SULFASUXIDINA" *Succinilsulfatiazol*



Dentro de cuatro a siete horas

Los 'Enseals' (Tabletas de Sello Entérico, Lilly) constituyen una línea de tabletas de sello entérico mejorado que incluye varias substancias químicas puras. La cubierta de los 'Enseals' constituye un notable adelanto en la medicación entérica, y consiste de una mezcla de material hidrófilo incorporado en una combinación de aceites, ceras y ácidos grasos. Al entrar en contacto con la humedad, el contenido hidrófilo se expande, la capa se rompe y el medicamento queda en libertad.

Los 'Enseals' son confeccionados para que se desintegren dentro de cuatro a siete horas, que es el intervalo que se considera apropiado para una efectividad clínica máxima.

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION

Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.

SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

AÑO XXXVII ABRIL, 1945 NUMERO 4

SEP 7 1945

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO



P. O. Box 3081 - San Juan, P. R.

SUMARIO

Página

Cyst of the Pancreas - Report of Four cases, Salvador C. Busquets, Jr., M. D., Fajardo, P. R. ---------- 119

Experience with Thiouracil in Puerto Rico, Providencia Castro de González, M.D., Ramón M. Suárez, M.D., and José Noya Benítez, M.D., Santurce, P. R. ---------- 133

Informe del Tesorero de la Asociación Médica de Puerto Rico, - Año 1944, A. Oliveras Guerra, M.D. ---------- 141

Informe del Editor-en-Jefe y Administrador del Boletín de la Asociación Médica de Puerto Rico - Año 1944, E. Martínez Rivera, M.D. ---------- 149

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del Mes ---------- 152

Asociaciones de Distrito ---------- 152

National Gastroenterological Association ---------- 153

American College of Chest Physicians ---------- 154

Personales ---------- 154

Exámenes de reválida ---------- 155

Página del Auxilio Médico Mutuo ---------- 156

Fondo Pro Mejoras al Edificio ---------- 157

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

(Publicación Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico)

Avenida Fernández Juncos, Parada 19
Santurce. Puerto Rico

DR. E. MARTINEZ RIVERA
Editor y Administrador

Editores Asociados

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. A. M. MARCHAND
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

El BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO es el órgano oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico. Se publica el día último de cada mes, constando cada volumen de 12 ediciones.

Los trabajos originales deben ser enviados al Editor-en-Jefe, Apartado de Correos 3866, Santurce 29, Puerto Rico, o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); año; volumen y página. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Si el artículo viene acompañado de ilustraciones, debe indicarse en el texto el sitio donde se desea que sean éstas intercaladas. Al dorso de cada ilustración debe hacerse constar claramente el título que deberá acompañarla.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Editor-en-Jefe.

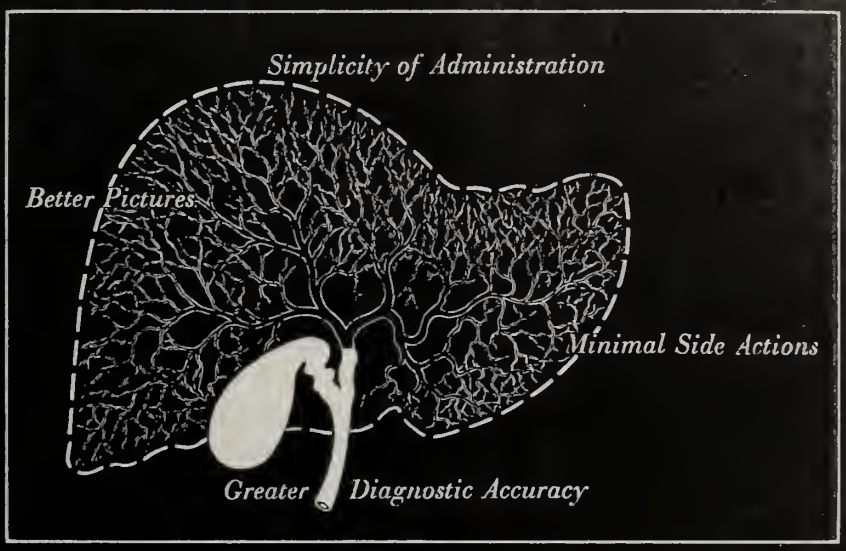
Información en relación con anuncios será suplida a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio estará sujeto a la aprobación del Editor-en-Jefe.

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Puerto Rico under the act of August 24, 1912.

PRIODAX TABLETS

A New Contrast Medium for Cholecystography



PRIODAX is not related to phenolphthalein; and because of its unique chemical composition it rarely produces vomiting. Excretion of most of the compound by the kidney reduces the possibility of diarrhea.

Literature on request

SCHERING CORPORATION BLOOMFIELD • NEW JERSEY

NOW MORE THAN EVER—BUY U.S. WAR BONDS

Distribuidor: CESAR CASTILLO, Tetuán 10, San Juan, P. R.



¡ALCOHOLISMO!

UN PROBLEMA PERPLEJO

PORQUE le da al paciente una tregua misericordiosa a su sed insaciable y obcecación por el alcohol, el Sulfato de Benzedrina ha probado ser un auxilio sobresaliente en el perplejo problema del alcoholismo crónico.

Después de haber usado el Sulfato de Benzedrina durante 3½ años en una serie clínica de 56 casos de alcohólicos crónicos, el Dr. Bloomberg afirma: "el Sulfato de Benzedrina combate muy eficazmente la depresión y el malestar general . . . su uso hace innecesario la hospitalización del paciente . . . sus efectos benéficos son inmediatos y perceptibles . . . ."

A su petición le enviaremos directamente literatura, posología y muestras sobre este producto.

En el "Journal of the America Medical Association," el Dr. M. M. Miller dice: "esta droga parece disipar la apatía y la depresión . . . produce aumento del interés y bienestar . . . aumenta la facultad para la concentración . . ."

TABLETAS DE SULFATO DE BENZEDRINA

SKF 1841 1941

LABORATORIOS SMITH, KLINE & FRENCH
FILADELFIA, PA., E. U. A.

MAS DE 100 AÑOS SIRVIENDO A LA PROFESION MEDICA



Productos Químicos de la Mejor Calidad Para Uso Médico e Industrial Desde 1818

Desde hace más de 125 años, MERCK & Co., Inc., como sus predecesores, constituyen una firma de reconocido prestigio como fabricantes de productos químicos de la mejor calidad en la industria química americana. Hoy, los médicos, farmacéuticos, químicos y manufactureros de Hispano América pueden obtener, a través de las fuentes ordinarias de abastecimiento, estos productos químicos de superior calidad, marca MERCK, destinados al empleo médico, analítico e industrial.

Tanto la penicilina como las sulfamidas, los agentes antipalúdicos, anestésicos, arsenicales y muchos otros productos de aplicación en medicina y nutrición se están produciendo ahora a un volumen cada vez más creciente, a fin de exportarlos a miles de clientes a los cuales tenemos el placer de servir.

Entre las muchas razones por las que los productos MERCK son calificados de *entera confianza,* podemos citar: investigación científica rigurosa; empleo de los aparatos y métodos más modernos para la elaboración; minucioso control analítico durante el proceso de la producción: desde las materias primas hasta el producto final.

Si desea alguna información escríbanos, seguro de que le serviremos con sumo agrado. A pedido, remitimos lista de precios.

MERCK & Co., Inc.

QUIMICOS · MANUFACTUREROS

Rahway, New Jersey, Estados Unidos de América

No olvide para el nene lo que abarca de CLAPP'S, señora, la afamada marca: alimentos que tienen minerales, calorías . . . ¡vitaminas esenciales! ¡Y sustento que, aparte de robusto, a su hijo hace almorzar con gusto!



PREPARADOS de modo que se ajusten estrictamente a las prescripciones de los especialistas en nutrición infantil, los ALIMENTOS CLAPP'S PARA NIÑOS contienen elementos alimenticios destinados a ayudar a robustecer los cuerpecitos infantiles. Las mamás descubren que, con dieta de CLAPP'S no hay vacilaciones en la nutrición del nene. Esos alimentos no sólo contienen las vitaminas, minerales y calorías apropiadas, sino que gustan al paladar y son de fácil digestión.

Como primer alimento sólido para el bebé, nada mejor que INSTANT CEREAL de CLAPP'S o AVENA INSTANT. Suaves y deliciosos, ambos resultan fuentes de salud. Suministran *3 veces más* hierro que otros granos de cereal sin elaboración especial, y *2½ veces más* unidades de vitamina B_1. A las mamás también les gustan por lo fácil de preparar (vienen ya cocidos) y por la variedad que dan a la dieta.

Los ALIMENTOS COLADOS (strained) CLAPP'S incluyen 18 selecciones de legumbres, frutas y sopas. La insuperable preparación científica que los caracteriza elimina el riesgo de que pierdan su valor nutritivo al cocerse. Además, estos alimentos enseñan al niño a gustar diversos sabores.

Para niños de mayor edad, hay los alimentos CLAPP'S "JUNIOR" que incluyen platos *combinados* de vegetales y carne. Ofrecen 15 variedades de nutritivos y apetitosos elementos alimenticios, perfectamente equilibrados. Hay hasta 10 de tales elementos, destinados a desarrollar el cuerpo, en un solo plato de combinación.



¡Empiece Ud. a dar a su bebé alimentos económicos CLAPP'S hoy mismo!

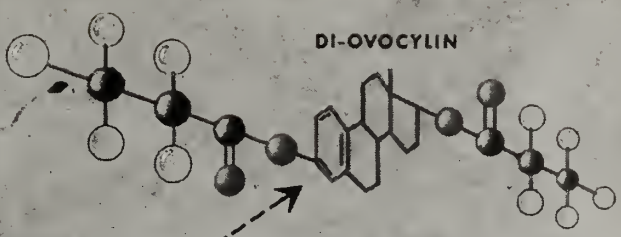
ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN

ALIMENTOS PARA NIÑOS CLAPP'S

INSTANT CEREAL	INSTANT OATMEAL	STRAINED FOODS	JUNIOR FOODS
PRE-COOKED	PRE-COOKED	18 VARIETIES	15 VARIETIES

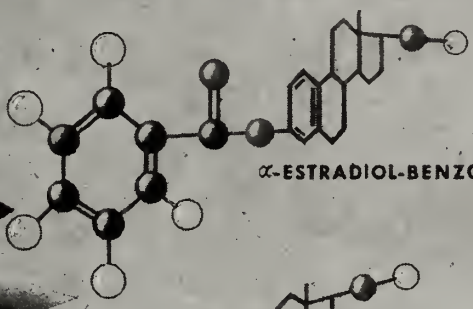
Distribuidor para Puerto Rico: FRANCISCO N. CASTAGNET

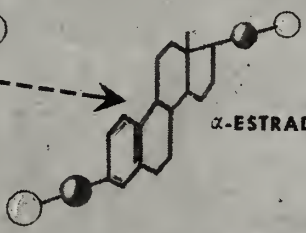
Tanca 1, San Juan, P. R.



INTENSE ESTROGENIC EFFECTS







WITH FEWER INJECTIONS

Esterification greatly prolongs the action of the natural ovarian hormone providing a more gradual physiological effect. DI-OVOCYLIN* (α-estradiol dipropionate) is the most ideal ester providing both potency and duration of effect.

With fewer injections, DI-OVOCYLIN promptly controls symptoms associated with estrogenic deficiency. It is both economical for the patient and time-saving for the physician.

DI-OVOCYLIN*

*Trademark Reg. U. S. Pat. Off.

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC., SUMMIT, NEW JERSEY
IN CANADA, CIBA COMPANY LIMITED, MONTREAL

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc. Salvador Brau 70, San Juan 17, P. R.



Agente: RAFAEL A. VILLAMIL - Apartado 530, San Juan 3, P. R.

S.M.A. SIMPLIFICA LA ALIMENTACION INFANTIL

FIJESE CON QUE FACILIDAD SE PREPARA:



1 Para cada 30 gramos de leche que se desee, vacíese en la botella a través del embudo, el contenido de un medidor lleno, apretado y raso de polvo S.M.A. Se suministra un medidor con cada lata de S.M.A.

Por cada medida de polvo S.M.A. se use, añádase 30 gramos de agua a (*no agua caliente*), que haya sido viamente hervida y enfriada a la peratura deseada.





3 Colóquese el tapón en la botella y agítese el contenido hasta disolverse.

Si se desea preparar de una vez la fórmula en cantidad suficiente para todo el día, úsese la proporción de una medida de S.M.A. por cada 30 gramos de agua.

S.M.A. se ofrece en latas que contienen 453 gramos cada una.

Producto elaborado por la División S.M.A. de Wyeth Incorporated.

WYETH INTERNATIONAL LIMITED

NEW YORK, N. Y. E. U. A.

Printed in U.S.A.

EL NIÑO NORMAL



EL NIÑO NORMAL SE DESARROLLA Y CRECE CON S. M. A. IGUAL QUE CON LA LECHE MATE

La S.M.A. tiene las siguientes ventajas:

1. Grasa adecuada de fácil gestión y asimilación.
2. Proteínas que proporcionan los aminoácidos necesarios para la nutrición y desarrollo normal.
3. Lactosa (carbohidrato semejante al de la leche materna) en la debida proporción con proteínas y grasas.
4. Hierro (10 mg. por litro) cantidad suficiente para prevenir las anemias infantiles.
5. Cantidades uniformes de vitaminas A, B1 y D (la vitamina C se obtiene del jugo de naranja).

ANALISIS COMPARATIVO DE LA LECHE MATERNA Y LA S.M.A.

Análisis Químico	*Leche Materna*	*S.M.A.*
Grasa	3.59%	3.5–3.6%
Proteínas	1.23–1.5%	1.5%
Carbohidratos (Lactosa)	7.57%	7%
Minerales	0.215–0.226%	0.38%
Hierro	0.00005%	0.001%
Calorías por onza (30 cc.)	20	20
Calorías por 100 cc.	68	68
Propiedades Físicas	*Leche Materna*	*S.M.A.*
Densidad	1.032	1.032
pH	6.97	6.8–7.0
Depresión del Punto de Congelación	−0.56° C.	−0.56–0.61° C.
Conductividad Eléctrica	0.0023	0.0022–0.0024
Contenido Vitamínico, U.I. por litro		
Vitamina A	6000–7000	7500
Vitamina B	200	200
Vitamina D	100	400

WYETH INTERNATIONAL LIMITED · NEW YOR



CUANDO EL DOLOR INTERRUMPE LA EFICIENCIA EN EL TRABAJO

Una herida leve, una falseadura o un simple divieso pueden reducir a la mitad el rendimiento en trabajo de un obrero eficiente; sin embargo, la condición inflamatoria y el dolor pueden ser mitigados con la aplicación de una cataplasma de NUMOTIZINE, que es analgésica y descongestiva.

NUMOTIZINE puede salvar una hora de trabajo en favor de la guerra. No requiere calentamiento; es fácil de aplicarse y quitarse; una simple aplicación es suficiente para un día de trabajo.

NUMOTIZINE

Analgésico, descongestivo, mitigante



Se suministra en tarros de cristal de 57, 114, 228, 425 y 850 gramos.

NUMOTIZINE, INC., 900 NORTH FRANKLIN ST., CHICAGO 10, ILLINOIS, E. U. de A.

Agente y Distribuidor Exclusivo para Puerto Rico

FRANCISCO N. CASTAGNET - Tanca 1, San Juan, P. R.

ANEMIA POR DEFICIENCIA

CAPSULAS HEMONUTRIN

Para un aumento óptimo de la hemoglobina

HIERRO

EN FORMA DE GLUCONATO

COMPLEJO B

HIGADO



COMPOSICION:	Cada Cápsula	Dosis Diaria (9 Cápsulas)
GLUCONATO FERROSO	194 mg.	1750 mg.
EXTRACTO DE HIGADO (Fracción Secundaria)	97 mg.	875 mg.
CONCENTRADO DE LEVADURA	32 mg.	292 mg.
CLORURO DE TIAMINA (B^1)	100 U.I.	900 U.I.
RIBOFLAVINA (B^2)	250 mcg.	2250 mcg.
PIRIDOXINA (B^6)	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO PANTOTENICO	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO NICOTINICO	2.5 mg.	22.5 mg.

Más el Complejo B entero contenido en el hígado y en la levadura.

Muestras clínicas y literatura se encuentran a la disposición de la profesión médica a solicitud.

Exclusive Representative:

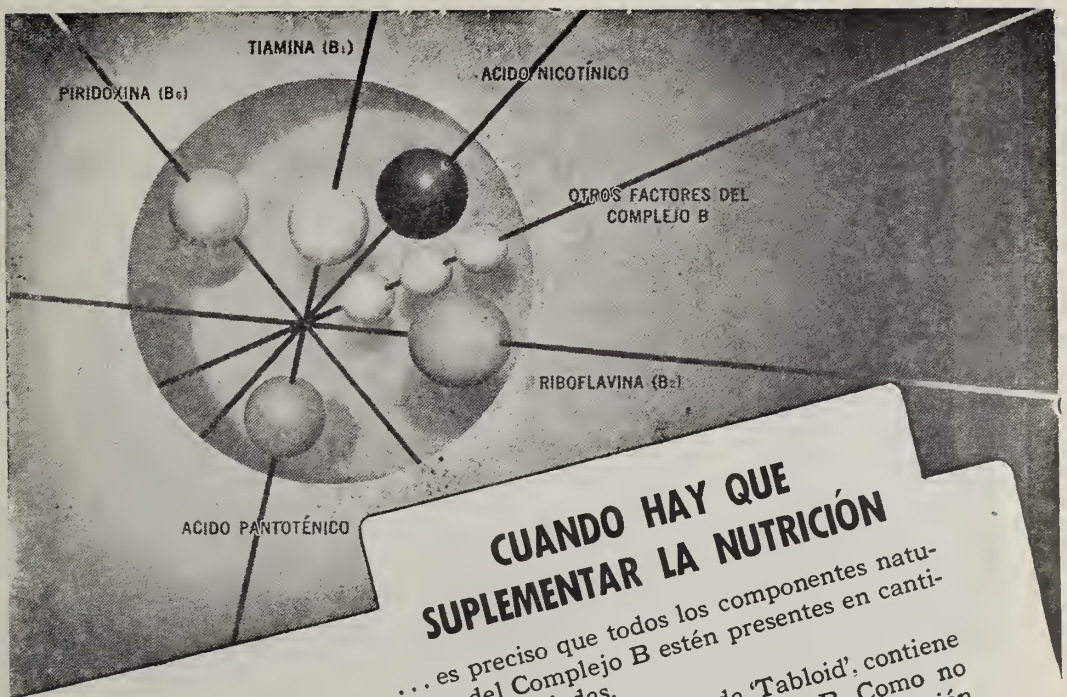
JOAQUIN BELENDEZ SOLA

56 Tetuán St. - P.O. Box 1188

San Juan 6, Puerto Rico

NION CORPORATION

LOS ANGELES NION CALIFORNIA



CUANDO HAY QUE SUPLEMENTAR LA NUTRICIÓN

. . . es preciso que todos los componentes naturales del Complejo B estén presentes en cantidades apropiadas.

La Levadura Concentrada 'Tabloid', contiene todos los factores del Complejo B. Como no contiene enzimas activas, no produce distensión gaseosa, y como las tabletas tienen sabor a nueces y azúcar, son muy agradables de tomar, o al ser masticadas, lo cual favorece la cooperación del paciente.

Frascos de 40, 100 y 500 tabletas



MARCA 'TABLOID' REGISTRADA

Levadura Concentrada

(con cubierta azucarada)

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

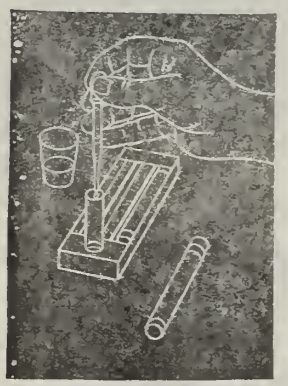
9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

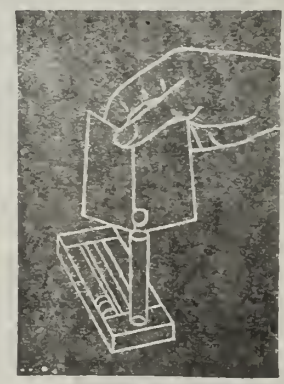
Distribuidor Exclusivo: RAFAEL A. VILLAMIL, Apartado 530, San Juan, P. R.

CLINITEST

EL NUEVO METODO PARA ANALISIS DE AZUCAR EN LA ORINA POR MEDIO DE TABLETAS



1 5 gotas de orina *más* 10 gotas de agua.



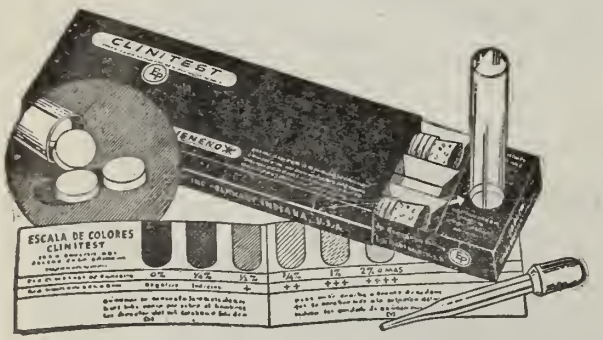
2 Se echa la tableta.



3 Se compara con la escala de colores.

Todo en menos de un minuto!

BASE SEGURA—El método Clinitest está basado en una modificación de la conocida reacción de Benedict y conserva la progresión de los colores universalmente aceptada desde el azul hasta el verde y el anaranjado, indicativa de la presencia de azúcar en la orina en las proporciones de 0%, ¼%, ½%, ¾%, 1% y 2% o más.



ECONOMIA — Tanto el juego completo de 50 tabletas como el juego de repuesto de 75 tabletas se venden a precio muy módico.

AMES COMPANY, INC.

Representante para Puerto Rico:

FRANCISCO GARRATON, S. en C. - Allen 85 - Apartado 1541 - San Juan



Sensibilidad



Táctil... Imagínese a alguien pretendiendo leer *braille* con guantes puestos! Sin embargo, el cirujano, que necesita igual percepción sensitiva del tacto, tiene que actuar bajo este impedimento. Solamente usando guantes muy delgados pueden sus dedos palpar con la precisión que requiere su labor. Los guantes "SR" STANDARD para cirujanos, finos y anatómicamente diseñados, responden plenamente a esas exigencias. Además, su resistencia a repetidas esterilizaciones es extraordinaria.

Los guantes "SR" STANDARD para cirujanos representan hoy día, no sólo un adelanto máximo sino también una *necesidad* para el médico. ¡Por esta razón todos los cirujanos prefieren guantes quirúrgicos "SR" STANDARD!

The **SEAMLESS** **SR** **RUBBER** *Company*

NEW HAVEN, CONNECTICUT
E. U. A.

Marca de Fabrica Registrada

FABRICANDO ARTICULOS DE GOMA DESDE 1877

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, INC.
Salvador Brau 70 - San Juan 17, P. R.

LAS POTENCIAS MAS ALTAS . . .
AL COSTO MAS BAJO

VITAGALEN es un jarabe sumamente eficaz y económico, que proporciona cantidades terapéuticas de Vitamina A, Vitamina D, y los factores del Complejo de la Vitamina B. Las Tabletas VITAGALEN contienen además, cantidades efectivas de Vitamina C y de seis minerales fisiológicamente activos.

Tanto el jarabe como las tabletas VITAGALEN pueden administrarse con absoluta confianza como complemento alimenticio diario, o para el tratamiento de deficiencias clínicas de vitaminas múltiples.



POTENCIAS

Dos tabletas (la dosis usual diaria para adultos) suministran:

Vitamina A	5000	Unidades F.E.U.
Vitamina D	800	Unidades F.E.U.
Vitamina C (ácido ascórbico)	50	miligramos
Tiamina	4	miligramos
Riboflavina	4	miligramos
Niacinamida	30	miligramos
Piridoxina (Vitamina B^6)	0.50	miligramo
Pantotenato de calcio	2	miligramos
Vitamina E	2	miligramos
Hierro	15	miligramos
Manganeso	6	miligramos
Yodo	0.10	miligramo
Cobre	1	miligramo
Calcio	800	miligramos
Fósforo	150	miligramos

Una cucharada (15 mls.), la dosis usual diaria para adultos, suministran:

Vitamina A	5000	Unidades F.E.U.
Vitamina D	400	Unidades F.E.U.
Tiamina (Vitamina B^1)	3.75	miligramos
Riboflavina (Vitamina B^2)	2.0	miligramos
Amidoniacina (Amidoácido-nicotínico)	25.0	miligramos
Piridoxina (Vitamina B^6)	1.0	miligramo
Pantotenato de calcio	3.75	miligramos

Galen Company

BERKELEY, CALIFORNIA, E. U. A.

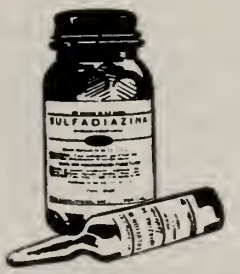
Distribuidor: RODOLFO BERNAL, Apartado 2048, San Juan, P. R.



SULFADIAZINA

en la lucha contra las infecciones

La Sulfadiazina es la sulfonamida de elección—superior y de menor toxicidad que el sulfatiazol, la sulfapiridina y la sulfanilamida. Se ha comprobado que la Sulfadiazina, después de su absorción, ofrece las siguientes ventajas: (1) Ausencia, por lo general, de náuseas y vómitos; (2) Facilidad de obtener una alta concentración en la sangre tras su administración oral; (3) Bajo porcentaje de sulfadiazina acetilada en la sangre; (4) Descenso gradual de los niveles sanguíneos, al cesar la administración de la droga; (5) Fácil penetración de los líquidos ascítico, pleural y cefalorraquídeo.



LEDERLE LABORATORIES INC.

DIVISIÓN DE AMERICAN CYANAMID COMPANY

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, NEW YORK

SUCURSALES Y REPRESENTANTES EN TODA LA AMÉRICA LATINA



For Surgical Antisepsis

Zephiran Chloride is a germicide of high bactericidal and bacteriostatic potency. In proper dilutions it is nonirritating and relatively nontoxic to tissue cells.

Zephiran Chloride possesses detergent, keratolytic and emulsifying properties, which favor penetration of tissue surfaces, hence removing dirt, skin fats and desquamating skin.

INDICATIONS

Zephiran Chloride is widely employed for skin and mucous membrane antisepsis—for preoperative disinfection of skin, denuded skin and mucous membranes, for vaginal instillation and irrigation, for vesical and urethral irrigation, for wet dressings, for irrigation in eye, ear, nose and throat infections, etc.

ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN.

HOW SUPPLIED

Zephiran Chloride is available in

TINCTURE 1:1000 Tinted

TINCTURE 1:1000 Stainless

AQUEOUS SOLUTION 1:1000

in 8 ounce and 1 gallon bottles.

Write for informative booklet

ZEPHIRAN

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

CHLORIDE

Brand of BENZALKONIUM CHLORIDE

Distribuidores para Puerto Rico:

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC. - Allen 77, San Juan, P. R.



LOS RESULTADOS CLINICOS
han demostrado la eficacia del AMPHOJEL

creciente volumen de informes publicados sobre el empleo clínico de AMPHOJEL—nto en la América Latina como en los Estados Unidos de Norteamérica—confirma valor terapéutico de este producto en el tratamiento de la hiperclorhidria, la gastritis la úlcera péptica.

os clínicos están de completo acuerdo en que el AMPHOJEL posee las siguientes ven-jas sobre los medicamentos alcalinos: Proporciona un rápido alivio de los dolores ovocados por la hiperclorhidria; permite la cicatrización rápida de la úlcera; no ede producir una hiperacidez reaccional secundaria ni alcalosis; ha tenido pleno ito cuando otros tratamientos han fracasado; y ha dado resultados excelentes en sos de melena.

BIBLIOGRAFIA

ngenberg, J. J.; Munist, L.; Lemos García, M.: "Nuestra Experiencia en el Tratamiento de las Ulceras Gastro-odenales por el Hidróxido de Aluminio Coloidal"—El Día Médico, Buenos Aires— XIII, No. 35, págs. 898:902, . 1. 1941.

lkinson, S. A., y Comanduras, P. D.: The Treatment of Peptic Ulcer with Aluminum Hydroxide: A Two-Year dy, New England Jl. Med., 223:972 (Dic. 12) 1940.

ldman, E. E.: The Treatment of Massive Gastro-Duodenal Hemorrhage by the Continuous Administration of lloidal Aluminum Hydroxide. Am. Jl. Dig. Dis. 8:39 (Feb.). 1941.

llins, E. N.; Pritchett, C. P., y Rossmiller, H. R.: The Use of Aluminum Hydroxide in the Treatment of Peptic er. J. A. M. A., 116:109 (Enero 11) 1941.

Intosh, J. F., y Sutherland, C. G.: The Use of Colloidal Aluminum Hydroxide in the Treatment of Peptic Ulcer. nad. M. A. J., 42:140 (Feb.) 1940.

JOHN WYETH & BROTHER • INCORPORATED

Fabricantes de Productos Farmacéuticos de Alta Calidad Desde 1860

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

CHICAGO CLEVELAND JERSEY CITY DURBAN LONDRES SYDNEY BUENOS AIRES

ANTES





DESPUES

TECNICA DEL TRATAMIENTO CON AMPHOJEL
GEL DE HIDROXIDO DE ALUMINIO DE WYETH

Administración Oral: La dosis normal es: Dos cucharaditas de AMP disueltas en un poco de agua, administradas lej comidas cinco o seis veces por día y al acostarse. En el tratamiento de la úlcera es esenci medicamento sea tomado frecuentemente y por un período de tiempo prolongado. El pacie seguir un régimen de alimentos blandos y comidas limitadas y frecuentes.

Administración Instilatoria Gástrica: Para el paciente que cama, se disuelve el A JEL en dos o tres partes de agua, instilándose continuamente esta dilución en el estómago p de una sonda naso-esofágica a un promedio de 15 gotas por minuto durante diez días y no final de este período es aconsejable continuar el tratamiento con la administración oral de A JEL, por algún tiempo.





El AMPHOJEL se obtiene en frascos azules c

JOHN WYETH & BROTHER · INCORPORA

Fabricantes de Productos Farmacéuticos de Alta Calidad Desde 1860

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

CHICAGO CLEVELAND JERSEY CITY DURBAN LONDRES SYDNEY BUENO

Impreso en E. U. A.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

Publicado mensualmente bajo la dirección de la Junta Editora

Año XXXVII | ABRIL, 1945 | Número 4

CYST OF THE PANCREAS

Report of Four Cases

SALVADOR C. BUSQUETS, JR., M.D.*

The advance made in surgery and medicine in general is due to a great extent to the reports made by those that encounter interesting findings and describe them to us in detail. From the experience of those we profit, helping us in doing better diagnosis and treatment. A lot of progress has been made in the past few years because of that very reason with pancreatic cysts.

On the other hand, the clinical experience and knowledge gained in this sphere of pancreatic surgery has been of great value in the advances made in the operative procedures used in other forms of pancreatic disease which can be tackled surgically.

We intend to discuss briefly pancreatic cyst and the methods which such great men as Lord Moynihan, Korte, Virchow, etc., have offered us to make its diagnosis and treatment easier. Then we will present four cases which we have seen and treated at Fajardo District Hospital.

Classification

Pancreatic cysts are classified as follows:

1. Retention cysts
2. Proliferation cysts
   1. Cystic adenoma
   2. Cystic carcinoma
3. Congenital cystic disease
4. Hemorrhagic cysts
5. Hydatid cysts
6. Dermoid cysts
7. Pseudocysts

1. Retention Cysts

Virchow described two forms of retention cyst of the pancreas. In the one the whole duct is widened and a "rosary like" dislocation occurs. In the other hand the duct is blocked at its outlet and becomes distended into a cyst, which may reach the size of the first and may contain mucoid, hemorrhagic, or calculous matter. With the smaller cyst there can generally be little or no difficulty in determining their origin, with the larger cyst with such as the surgeon is destined to meet the differentiation may be difficult or impossible. Virchow himself expressed his inability to determine the origin of a large cyst attached, on one side to the pancreas and on the other to the stomach.

2. Proliferation Cysts

May be either simple or malignant.

* Senior Medical Officer in Surgery, Fajardo District Hospital.

The exact differentiation is not infrequently difficult and is at times impossible from the pathological standpoint. One has in some cases to await the course of events after the removal of a cystic tumor before deciding as to the class in which to include it. Thus Fitz, of Boston, in relating his case said: "The tumor from its histological appearances, is to be regarded as essentially a multilocular cystoma but on the border line between a proliferating cystoma or cystadenoma and a cystomatous carcinoma a distinction which the subsequent history of the patient may be expected to make clear."

3. Congenital Cystic Diseases

Similar to the congenital cystic disease of the liver and kidneys, has been observed on rare occasions. Pye-Smith recorded a case of cyst of the cerebellum with numerous small cysts in the pancreas and kidneys. The patient was a man aged twenty seven. Eha records another case of congenital pancreatic cyst.

Richardson has recorded a cyst of the pancreas occurring in a child fourteen months old, and in one case, related by Shattuck, a tumor had been noticed since birth.

4. Dermoid Cysts

A case of dermoid cyst of the tail of the pancreas is recorded by Judd. The cyst arose in the body and the tail of the pancreas and contained hair and one tooth; it was removed by operation. Warren A. Bennis relates the details of a case confidently believed to be one of dermoid cyst of the pancreas.

5. Hydatid Cysts

Hydatid cysts of the pancreas are extremely rare. Masseron was able to collect the records of only five cases, and these were first recognized on the post-mortem table. Graham, of Sydney stated that the hydatid disease is found sometimes in the pancreas, that he had observed it as a cyst about three inches in diameter replacing the head of the organ. According to Albo twenty four cases are recorded in the literature.

6. Hemorrhagic Cysts

It is well proved that bleeding may occur into the substance of the pancreas as the outcome of acute or chronic inflammation. On the influence of those or other hemorrhages upon the building up of a cyst, no positive opinion can be expressed. Hagenbach distinguishes between hematoma, in which bleeding occurs into pre-existing cysts, and apoplectic cysts, resulting from hemorrhagic origin of cysts are the writings of Kuhnast, Schroder and Friedreich.

Gussenbauer conjectured that the origin of the cyst in the case operated upon by him was due to a central hematoma of the pancreas. In discussing the case Senn remarks, "this assumption lacks demonstration and it is just as logical to assume that the cyst originated in the usual way from an obstruction and that the blood in the cyst contents was an accidental product".

7. Pseudocysts

Korte has proposed the term "pseudocysts" for those fluid tumors found in more or less close proximity to the pancreas, but not originating in the substance of the gland. The accurate distinction of a true pancreatic cyst from a pseudocyst is not always possible during life, for a

cyst primarily peripancreatic may originate in a trauma which implicates the gland at the same time, so that the pancreatic juice may in small quantity escape into the pseudocyst and make its mimicry of a true cyst so complete that a distinction is impossible. Moynihan was inclined to believe that many cases of so called pancreatic cyst, especially those of traumatic origin were in reality peripancreatic or pseudocysts, effusions into the lesser cavity on the peritoneum; localized extravasations of blood and so forth.

Pseudocysts of the pancreas are of two types: traumatic and non-traumatic. In the former the contents are bloodstained, in the latter they are generally clear. Korte and Quénu believe that a localized inflammation of the pancreas, followed perhaps by necrosis is the cause of the effusions.

The most frequently occurring form of "pseudocyst" is that first described by Jordan Lloyd. He called attention to effusions into the lesser peritoneal cavity, as the result of injury to the pancreas and two cases were fully reported in the British Medical Journal in 1892. Quoting from his paper: "The diagnosis of pancreatic cyst appears to me often to have been made upon insufficient evidence. The fact that a cavity within the abdomen contains pancreatic secretion is no proof whatever that the cavity is within the pancreas, it tells us nothing more than that the cavity is connected with this organ. Neither is the fact that the pancreas can be felt by an examinating finger from within an intra-abdominal sac, for if the lesser peritoneal cavity is opened from below by an incision in the transverse mesocolon, a finger passed through this opening enters a large space, at the back of which the pancreas is found; similarly too, if the lesser peritoneal cavity is opened by an incision in the great omentum below the stomach. Through either opening the deepest part of this space is found to the left and cannot be reached by the examining finger."

Boyd gives a shorter classification. He divides them into three groups, as follows:

1. Cystadenoma
2. Retention cysts
3. Pseudocysts

Of these the last are by far the most important.

1. Cystadenoma

These are true tumors. The tumor is often multilocular, spaces are lined by high epithelium, and papillary processes may project from the walls.

2. Retention Cysts

These are small cysts, the origin of which is somewhat uncertain. Ligature of the pancreatic duct is not accompanied by cyst formation, but it may be that intermittent or partial obstruction may result in dilatation of the duct, as in the case of the ureter. Chronic interstitial pancreatitis is often associated with the cyst formation, but it may well be a result rather than the cause of the condition.

3. Pseudocysts

Most of what are called cysts of the pancreas are not cysts at all, but pseudocysts. They may attain a considerable size and may be mistaken for echinococcus cysts, ovarian cysts, hydronephrosis, or a perinephritic abscess. They are not situated in the substance of the pancreas but in the immediate neighborhood, usually

in the lesser sac of peritoneum which lies immediately in front of the pancreas. In this group may also be included the degenerative cysts which develop in superficial portions of the pancreas which have broken down as the result of acute pancreatic necrosis.

Physical Signs

The shape of the tumor depends upon the type of cyst and its point of origin in the pancreas. In the cystadenoma many small cysts may be present, sometimes connected with a single large cyst. Retention cysts may be multiple and small, while the large retention cysts are round or oval and may reach enormous size. When palpable, the cysts have a smooth surface, are tense and elastic, and fluctuation may be elicited. The growth is dull on percussion, but the dull area may be covered partly by the resonant stomach above and the resonant transverse colon below. Inflation of these viscera, after careful observation of the dull cyst area, has been used in the differential diagnosis of pancreatic cysts, but is a sign of doubtful value on account of the variety of positions the cyst may assume.

The relationship of pancreatic cysts to other organs has been studied carefully by Korte, whose classification in this respect is based on the operative records of 133 cases. The mass appeared in 48 cases in the midline between the ensiform cartilage and the umbilicus; in 40 the tumor was situated more to the left side of the median line, and in 10 only the greater portion of the mass was on the right side; the growth extended below the umbilicus in 10 instances. Some of the large cysts are quite mobile, but this is uncommon except in the case of cysts arising in the tail of the pancreas, when a considerable degree of mobility may be encountered. When fixation to the diaphragm through inflammatory adhesions occurs, the cyst may move with respiration. Pulsation of the aorta may be transmitted through the cyst when the latter is in close relationship with the vessel.

The various positions occupied by the cyst have been classified as follows by Korte:

1. Most commonly the cysts arise from the anterior surface of the pancreas and extend into the lesser peritoneal cavity. In their growth the stomach is displaced upward, they are covered by the gastrocolic omentum, the transverse colon may be displaced downward.

2. In a small proportion of the cases in which the cyst arises in the body of the pancreas, the growth appears between the stomach and liver, and has for its covering the gastrohepatic omentum.

3. The cyst may appear between the layers of mesocolon and project itself upon its upper surface between stomach and colon, or grow upon the under surface of the mesocolon, so that both stomach and colon are situated above the cyst.

Symptoms

The symptoms of the pancreatic cyst are chiefly referable to the pressure exerted by the tumor upon the surrounding viscera. They vary considerably because of the various etiologic factors entering into the development of the condition, as well as the size and location of the cyst and the many structures which may be impinged upon in its enlargement. In the earlier stages, when small, the cyst causes little or no discomfort but as it enlarges a sense of heaviness or fullness in the epigastrium develops and a slight amount of pain or discomfort after eating may

be complained of. These early and ill-defined symptoms have been diagnosd as 'celiac neuralgia" but sooner or later more pronounced pain and digestive disturbances arise. The time of onset of the symptoms varies from a few weeks to many years.

Pain is one of the most important symptoms produced by pancreatic cyst, but varies greatly in its intensity and location. Not infrequently it is present before a tumor can be palpated. On the other hand, a cystic tumor may be demonstrable and produce little or no inconvenience to the patient. The pain is generally confined to the epigastrium, but may radiate to the back.

Pressure upon the stomach may cause various symptoms of indigestion and vomiting, similar pressure on the intestine produces colic-like pain and constipation, suggestive of acute or chronic intestinal obstruction. Constipation is frequent, although alternating attacks of diarrhea may occur. Vomiting, while inconstant, is generally associated with those cysts producing severe, colic-like paroxysms.

Digestive disturbance due to alteration of, or diminution in the amount of pancreatic secretion may occur, but is relatively uncommon either by associated disease or pressure of the cyst. Glycosuria and diabetes may occur, but their appearance depends upon the pathologic process responsible for the development of the cyst, being more common in the true cysts than in the pseudocysts. As chronic pancreatitis is associated with cyst formation in so many cases, we may find a train of digestive diturbances accompanied by pain or loss of weight, which may precede the cyst formation or be associated with the growth. As a result of these various disturbances, the patients, as a rule, loss weight rapidly, and in a majority of the cases a condition of asthenia develops.

The cysts are slow and gradual in their development, although sudden enlargement of a cyst already recognized may occur. Such enlargement may be due to hemorrhage into a cyst which has been more or less quiescent.

Jaundice has been present in a certain number of cases and may occur in patients in whom the gallbladder and bile ducts are found to be normal at operation. In such cases, pressure upon the ducts is regarded as the cause of the jaundice. Concomitant disease of the gallbladder is more common than is generally believed. It was observed in 17 of Judd's 41 cases, and suggests that this association may be important in the etiology of pancreatic cyst.

Diagnosis

In the diagnosis of a pancreatic cyst, the most important symptoms and physical signs may be summarized briefly as follows: the patient, generally in middle life, may have complained of vague gastro-intestinal disturbances over a long or short period before the appearance of a tumor in the opigastrium. There may have been a history of a traumatism weeks, months or years before the symptoms of tumor developed. Enlargement of the growth may be attended by pressure symptoms, producing an increasing amount of pain after eating, fullness in the epigastrium, vomiting, various degrees of intestinal obstruction, intestinal indigestion, rapid loss of weight and jaundice. The tumor which presents itself most commonly in the middle of the epigastrium or slightly to the left of the midline, or even below the umbilicus, is round and elastic, and may fluctuate. Associated

disease of the pancreas and the facts elicited roentgenologically may be of aid in the diagnosis.

A diagnostic method which can also be used in the differential diagnosis is to give barium simultaneously by mouth and by rectum by means of a barium enema. In many of the cysts the stomach is pushed to the right and upward, whereas the transverse colon is pushed down by the cyst which bulges between the stomach and colon through the gastrocolic omentum.

The principal conditions from which it must be diagnosed are:

1. Ovarian cysts
2. Cysts of the liver
3. Hydrops of the gallbladder
4. Cysts of the Suprarenal capsule
5. Cystic disease of the kidney
6. Mesenteric cysts
7. Omental cysts
8. Cysts of the posterior wall of the stomach
9. Cysts of the spleen
10. Retroperitoneal cysts
11. Aneurysms

Differential Diagnosis

1. Ovarian Cystoma

In typical early cases of pancreatic and ovarian cysts there cannot be difficulty in achieving a correct diagnosis. It is only when the tumor assumes giant proportions that a real difficulty may be encountered. In eight of the recorded cases, a diagnosis of ovarian disease has been made before operation and it is only necessary to mention the names of Billroth and Von Hacker among those who have erred, to illustrate the impossibility at times of an accurate discrimination. Sitzenfrey believes that the majority of mistakes are made in cases of supposed ovarian cystoma, which prove to be examples of low lying cysts of the pancreas. The pelvic organs must be carefully examined, and the condition of the ovaries investigated. This is rendered simpler by the adoption of the Trendelenburg position for the patient, the tumor then moves away from the pelvis, and an examination of the uterus and its adnexa is thereby facilitated. The ovaries in practically all cases will be easily recognized. The distension of the colon with air will show that a pancreatic tumor lies above the transverse colon and an ovarian cyst below. Those rare cases in which the pancreatic cyst bulges the under surface of the transverse meso-colon downwards and forwards and so comes to lie below the colon will be the most difficult to diagnose. The history of the case may reveal the fact that the swelling has made its first appearance in the epigastrium. An error in diagnosis has properly been made as a result of the similar appearance of the abdomen in cases of pancreatic and ovarian cysts.

2. Cyst of the Liver

Hydatid cyst of the liver may cause a hemispherical bulging in the epigastrium which may be similar to that produced by a cyst of the pancreas. In the typical cases no difficulty can arise for a band of resonance separates a pancreatic cyst from the liver and this band becomes a broad area on inflation of the stomach. Quenu has related a case of echinococcus cyst of the left lobe of the liver connected by only a narrow tongue to the body of the liver. Such an occurrence is extremely rare, but might lead to incorrect diagnosis. When a pancreatic cyst projects above the stomach a confident diagnosis

based on physical signs alone cannot be made. According to Moynihan this is probably the only condition under which an exploratory puncture would be helpful, for hydatid fluid is unmistakable, but he believes even here an exploratory incision is safer and gives more reliable information.

3. Hydrops of the Gallbladder

An enormously distented gallbladder may in rare cases simulate a pancreatic cyst, as it has been known to simulate ovarian cystoma. It is only in the cases of the giant enlargement that any difficulty may arise, and in such cases the continuance of the tumor dullness with the liver dullness is almost always noticeable.

4. Cyst of the Suprarenal Capsule

The resemblance between the cyst of the pancreas and one of the suprarenal is so great that differentiation is very difficult without laparotomy. An adrenal tumor enlarges in one of the three directions: above the transverse mesocolon, between the layers of the transverse mesocolon, or below the transverse mesocolon. The first direction is that most often taken and so the resemblance of an adrenal tumor which enlarged in this way, to a pancreatic cyst will be readily understood. Review of recorded cases shows that the distinction between a pancreatic cyst and a suprarenal cyst from physical signs alone is not possible. Pancreatic cysts are the more common form of tumors, but some recorded examples of so-called pancreatic cysts are probably adrenal in origin and others supposed at the operation to be pancreatic were found at the postmortem to spring from suprarenal capsule .

5. Fluid Tumors of the Kidney: (*Cysts Hydronephrosis, Pyonephrosis*)

In cases of this kind a large fluid tumor fills the lumbar region of the abdomen and when examined between a hand placed over the abdomen and a hand behind in the loin; is felt to move a little with respiration and to have its chief bulk between the hands so placed. The colon lies to the left of a kidney tumor and the transverse colon crosses above it. The colon may be mapped out by percussion with simultaneous inflation. In the very great majority of cases some pronounced symptoms, pain, renal ache, frequent micturition, disappearance of the swelling with the passage of a large quantity of urine, or hemorrhage will have attracted attention to the kidney.

If any doubt as to the diagnosis or as to the functional activity of the kidney exists catheterization of the ureter may be employed and a pyelogram can be taken of the renal pelvis.

6. Mesenteric Cysts

The characteristic signs of a mesenteric cyst are: Prominence of the fluctuating tumor towards the umbilicus, great mobility, especially in the transverse direction, and the possibility of rotation around the central axis: the presence of a zone of resonance around and a belt of resonance across the cyst. It is therefore only possible to make a wrong diagnosis when the mesenteric cyst is large, and only slightly, if at all movable. When a pancreatic cyst enlarges between the layers of the transverse mesocolon, the transverse band of resonance will be given by the colon. A cyst growing in the transverse mesocolon, from remnants of the Muller's or Wolffian ducts, is sometimes, as stated by

Dowd, attached to, or in a position to the pancreas. A differential diagnosis is then impossible.

7. Omental Cysts

A cyst springing from the omentum immediately below the greater curvature of the stomach gives rise to symptoms very similar to those caused by a cyst of the pancreas. It pushes the stomach upwards, the transverse colon downwards.

8. Cyst in the Posterior Wall of the Stomach

Cases of this kind have been recorded by Kosinski and Ziegler. The cysts enlarge towards into the lesser sac and give rise to conditions which simulate very closely those caused by pancreatic cysts,

9. Cysts of the Spleen

Cysts of the spleen form prominent tumors emerging from the left subcostal region. As the spleen is free in the peritoneal cavity, its enlargements displace any viscera with which they come into contact. The relations of the stomach and transverse colon are not however those found in cases of pancreatic cysts. When the cyst is pancreatic in origin an area of resonance between the tumor and the spleen may be distinguished.

10. Retroperitoneal Cysts

When these are uncertain may present signs very likely to those of pancreatic cyst. Narath describes a case of cyst in the upper left quadrant of the abdomen, which was indistinguished from a cyst of the pancreas. Przeworki and Pawlik b o t h recorded retroperitoneal cysts which simulate pancreatic cysts. The former attributed the origin of the cyst he found to the remains of the Wolffian or Muller's ducts; the latter's case was one of adrenal cyst. As the line growth taken by these cysts may be precisely that taken by a cyst of the pancreas, the distinction by physical signs alone is not possible.

11. Aneurisms

Steindl and Mandl consider that the differential diagnosis may sometimes be very difficult when the aneurysm of the aorta is present, which like a pseudocyst of the pancreas may be traumatic in origin. They presented one such case of their own.

Contents of the Cysts

The contents vary considerably in their gross apperance. They may be clear and serous, yellow, brown, or black, depending largely on the amount of blood they contain. The chief constituents are inflammatory exudate, liquefied necrotic pancreatic tissue, and altered blood. In one of Archibald's cases a reaction for bile was obtained.

Examination of the fluid as an aid to diagnosis is of little or no value. The presence of all three of the pancreatic ferments does not prove that the fluid is pancreatic in origin, for any cyst into which hemorrhage has occurred may contain these ferments. The presence of trypsin in large amount, however, is suggestive of a pancreatic origin. On the other hand many pancreatic cysts contain no ferment.

Treatment

Three methods have been employed in the treatment of pancreatic cysts: 1. As-

piration, 2. Evacuation and drainage, the cyst being stitched to the abdominal wall, marsupialization, 3. partial or complete extirpation. The first method never should be employed unless, as Robson and Moynihan pointed out, the patient is so seriously ill from diabetes or suffering so acutely from pressure symptoms that an abdominal operation cannot be done. In such cases aspiration may be used as a temporary expedient to relieve the acute crisis, with the expectation of subsequently excising or draining the cyst.

Evacuation and Drainage

The choice between excision, either partial or complete, and evacuation and drainage depends upon the size, variety and anatomic relationship of the cyst. In many of the larger cysts with extensive adhesions to the surrounding important structures, marsupialization only is to be considered, and this method of treatment has been employed in the majority of the reported cases. Kyevoski reviews 240 cases of cysts of the pancreas treated by operation. He believes marsupialization to be as a rule the only practicable procedure. Of these cases 197 were treated by marsupialization and 43 by extirpation.

Extirpation

This operation may be carried out and the cyst entirely removed in the cases in which comparatively few adhesions exist, or in which the cyst is pedunculated. Some of the pseudocysts can be completely removed, as they seem to have fewer adhesions than other varieties. Small retention cysts, even if multiple, can be readily exposed and completely removed. However, when the cyst is large and extensive adhesions exist, complete extirpation becomes either impossible or extremely hazardous; in these cases the attempt should be abandoned and partial excision of, or drainage of the cyst employed.

I am not going into the detailed description of the procedures described above as this can be readily found in any book of surgical technique.

In the four years that I have been in the Surgical Staff of Fajardo District Hospital, I have seen only four cases of pancreatic cysts. One of them I saw in consultation with Dr. Jacob Smith and Dr. Mario J. Tomasini. The other three I saw in admission and admitted to my service. In reviewing the operations done at this Hospital since its opening in 1940, there is no record of any other case of pancreatic cyst, so we can say that they are relatively rare. This can be readily seen when we consider that up until February 1945 a total of 5065 operations have been performed; 19,864 patients admitted to the Hospital, 65,404 seen in the Out Patient Department, and several hundred thousand probably seen or treated in Admission. The pre-operative diagnosis of pancreatic cyst was made in three of the cases and considered as one of the probabilities in the differential diagnosis of the other.

REPORT OF CASES

Case No. 1

T.C. Unit No. 13003 was admitted October 8, 1942 to the medical service of Fajardo District Hospital with the following complaints: for many years he had suffered from epigastric pain with no relation to food, which had been getting gradually worse during the past few months. The pain seemed to be localized in the region of the epigastrium with no radiation. No nausea or vomiting except occasionally and no diarrhea; bowels moved all right

and appetite was fair. Past history, and family history were essentially negative. Physical examination revealed a 38 years old, white male, not looking acutely ill and slightly overweight. Blood pressure 130 systolic over 110 diastolic. Positive findings found in the abdomen were: inspection revealed some bulging in the left upper quadrant. On palpating the mass exquisite tenderness was elicited. There was no rigidity. A mass was palpated the size of a football in the affected area of smooth surface and not very movable; there was very little fluctuation on pressure. A tentative diagnosis of schistosoma and splenic tumor was made by the Medical Department. Studies revealed schistosoma present and also a pleural effusion on left side. Clear fluid was obtained on two thorathentesis performed. Fouadin given but instead of patient improving was going downhill. Barium enema donè revealed an extragastric mass making pressure on the stomach. A culture and guinea pig inoculation done of the fluid from the pleural cavity were negative for acid fast bacillae.

In the differential diagnosis[1] leukemia was considered. However, repeated W.B. C. and differential counts were normal.

2. Aleukemic leukemia.

3. Bilharzia although stools were positive and fouadin was being given; the patient was getting worse. Besides, the splenomegalia in bilharzia is not tender and spleen usually presents an edge.

4. Sub-diaphragmatic abcess—yet the diaphragm moved as seen on the fluoroscope. Besides, there was no evidence of systemic infection.

5. Hydatid cyst had to be considered but there are no cases known in Puerto Rico.

6. Retroperitoneal tumor —possibly a lymphosarcoma was a good bet.

7. Pancreatic cyst — was considered possible.

On November 20, 1942, an exploratory laparotomy was made. On opening the abdomen a huge cystic mass was found apparently in the lesser sac which was markedly adherent to all contiguous peritoneal surfaces, the omentum being turned up and adherent to the interior aspect of the mass. The serosal surface of the mass was rough and injected. The size of the mass was about 10 inches in its diameter, its shape being practically spherical. The wall of the mass was about 3|16 of an inch thick and friable but firm. All other organs in the upper abdomen were essentially normal except for a somewhat enlarged spleen and the adhesions about the mass. The mass contained a straw-colored fluid.

After proper isolation with warm laparotomy sponges the mass was punctured and aspirated. The opening was then enlarged and a marsupialization of the cyst was done. The cystic cavity was packed with vaseline gauze. Gradually the cavity was obliterated.

The patient did well post-operatively, and was discharged 31 days after the operation. Was seen several times in the Out Patient Department and with the exception of on occasion in which he complained of epigastric distress which disappeared in a few days, has had no other complications. Has gained weight and has no evidence of recurrence of the cyst. He had then a small postoperative hernia which I repaired on September 15, 1944. We saw him again after the herniorrhaphy and was doing well.

Case No. 2 V. M. Unit No. 19514

Came to the Hospital May 20, 1944, with the history that he had been com-

ily well up until two years before admission, since when, he had been bothered off and on with pain in the stomach, a dull ache in character. Pain had no relation to food and in the past few months had been getting gradually worse. In the two weeks previous to admission the pain was aggravated by eating and because of that, he had avoided taking anything by mouth except water and juicies. No nausea, no vomiting, no melena. He had noticed a mass in the upper part of the abdomen only three weeks before date of admission. Patient had not had a bowel movement for twelve days previous to admission, except a very small one the third day.

Past history and family history essentially negative. Physical examination revealed a colored male patient, 27 years old, lying in bed acutely ill, complaining of intense pain in the epigastrium. He was rather restless and constantly moving in bed. The only positive findings were found in the abdomen where slight bulging was noticed in the epigastrium. A mass about 5 inches in diameter was palpated in that area; this mass was not easily movable. There was marked tenderness over the affected area and some rigidity was present; other parts of the abdomen were relatively soft.

Auscultation revealed a slight decrease in peristalsis and the typical tinkling sound of tired gut which has lost most of its peristalsis; like the one heard in some cases of paralitic ileus, or generalized peritonitis. Possibilities considered were:

1. Partial obstruction due to internal hernia in one of the pouches near the junction of the duodenum and jejunum.
2. Pancreatic cyst.
3. Lymphosarcoma or some other retroperitoneal tumor.
4. Gastric Cancer.
5. Intussusception.
6. Conditions causing splenomegaly.

I will not go into a detailed discusion of the possibilities of each one of the above mentioned in the differential diagnosis. The laboratory work revealed nothing unusual including an amylase determination which was normal. An exploratory laparotomy was done six hours after admission. A huge pancreatic cyst was found the size of a football which extended under the stomach to the diaphragm. Downwards it had pushed the mesentery of the transverse colon and the transverse colon almost down to the pelvis. Medially it extended to the midline. The thickness of the wall was about 1 cm. It contained a dark coffee colored liquid. Aspiration followed by marsupialization of the cyst was done. At the time of the operation we placed several packings moistened with phenol in the cavity of the cyst. These packings were removed in 48 hours. It was interesting to notice the mucous membrane of the cyst sloughing out at the time of removal of the packings.

Two days later we started injecting sodium morrhuate solution. The cavity was completely obliterated in about 8 days. The patient had a fine post-operative course, but was kept in the Hospital for 34 days mostly with the idea in mind of avoiding evisceration at first, and later post-operative hernia.

He has been seen in the Out Patient Department on two occasions since discharge and has been doing fine. There is no evidence of hernia and no evidence of recurrence.

Case No. 3 A.R.L. Unit No. 19005

Came to the Hospital on February 25, 1944 with the history of having been all-right up until five months before admis-

sion when she noticed she would tire easily and had frequent fainting spells. Appetite became poor for weeks at a time, but would regain it. Around Three King's Day (January 6, 1944) she noticed a mass in epigastrium hard in consistency. She decided to go to the doctor to see what it was. Mass did not bother her much except when lying on her back. Past history was essentially negative except for the fact that during the past six years she had been bothered off and on with a dull ache in stomach, not relieved by food; at times it was gripping in character. Never had any nausea or vomiting. No blood in stools. No tenesmus or diarrhea. Never jaundiced. Stools had normal color. Physical examination revealed a 15 years old white female not looking acutely ill. Positive findings were as follows: on inspection of abdomen a bulging was noticed in right upper quadrant apparently smooth in consistency. A mass the size of a large grapefruit could be palpated in right upper quadrant. It was fixed and could only be moved slightly. It was not attached to the anterior abdominal wall. One could place the fingers between the mass and the ribs. It felt hard. Percussion over the mass would give a flat note.

Auscultation revealed normal peristalsis in the abdomen. It was silent over the mass. The spleen could not be palpated. Laboratory work was essentially negative except for a microcytic hypochromic anemia.

Possibilities considered in the differential diagnosis were:

1. Tumor of the adrenal.
2. Pancreatic cyst
3. Bilharzia.

A barium enema and G. I. series done revealed a mass making pressure on the stomach and displacing it to the right. There was no evidence of pathology of the colon. A descending pyelogram revealed no pathology of the kidneys.

An exploratory laparotomy was performed on March 15, 1944. A mass was found rising apparently from the lesser sac and bulging between the stomach and transverse colon through the gastrocolic ligament. It was somewhat fixed to the stomach at the greater curvature and the transverse colon. I tried aspiration but no fluid was obtained.

It impressed me as a cystic carcinoma of the pancreas. I thought of doing a biopsy but it started to bleed so much that I gave up the idea specially when the patient's condition was poor and was going downhill so fast that I felt sure we could do a complete autopsy in a few weeks. The abdomen was closed. The patient was kept in the Hospital and gradually lost ground. On the twenty first day post-operative she was almost gone. I felt she would last only a few more days at the most.

The patient's mother came to me crying on that day saying that she was from Vieques, that she wanted to take her child home alive, even taking chances on her dying on the trip as she was very poor and had no means of taking a cadaver to Vieques once she would die and would have to bury her in Fajardo, etc.

Realizing her problem, with great regret we let her take the child home, thus missing our chance of doing the autopsy. It is too bad this happened as I was interested in ruling out what I thought was the only other possibility outside of a cystic carcinoma of the pancreas— that is, a suprarenal tumor. As stated above, the resemblance between a cyst of the pancreas and suprarenal tumor is very great.

Routier relates a case in which a diagnosis of pancreatic cyst was made which was firmly adherent and which he was

to open and drain after having divided the omentum just below the greater curvature of the stomach. The patient died of peritonitis five days after the operation and at the postmortem the origin of the cyst from the adrenal was disclosed.

Case No. 4 J.S. Unit No. 22322

Patient admitted to the Hospital on February 13, 1945 with the history that since October 1944 he began having a dull ache in epigastrium. This pain was worse after eating and made him belch a lot. Pain was not relieved by food. Noticed some loss of appetite. Passed blood per rectum once, small in amount and red in color but he had suffered from hemorroids for years. Had lost several pounds in past four months. Went to Municipal Hospital for 16 days when he was discharged with very little improvement. Mass had been growing slowly but steadily. Past history and family history negative. Physical examination revealed a 40 years old white male lying flat in bed and not looking acutely ill. Positive findings were: a bulging could be seen in erea of epigastrium. On palpation a mass the size of a large grapefruit could be palpated. It was smooth—not nodular. Was not fixed to the anterior abdominal wall but had some fixation posteriorly. It was tender on pressure. The liver was palpated separately from the mass. The spleen was not palpable. Percussion over the area of the mass was dull. There was no fluid wave present. Auscultation of the abdomen revealed normal peristalsis.

A G.I. series was done revealing an extra gastric mass on the right side of the stomach making pressure on the lesser curvature. A barium enema done revealed a normal colon. Gallbladder series revealed a small but normally functioning gallbladder. A descending pyelogram was negative for kidney pathology. Before studies were made the following possibilities were considered:

1. Cancer of the stomach
2. Pancreatic cyst
3. Mesenteric cyst
4. Tumor of the kidney or adrenal tumor
5. Hydrops of the gallbladder

As the different laboratory studies were done, we started to rule out several of the possibilities till finally we considered our best choice, pancreatic cyst. Operation was performed on February 24.

On opening the abdomen a bulging was found at the gastrohepatic omentum. There were a few adhesions between liver and stomach. The stomach was pushed downward by the mass at the lesser curvature thus giving it the appearance of a long tube. The gastrohepatic omentum was opened, the cyst separated carefully from the liver and the stomach and then aspirated. Almost two liters of a light brown colored liquid were obtained. Then an incission was made in the anterior wall of the cyst which was 1|8 inch thick and a marsupialization done. The cavity of the cyst extended upward as far up as the diaphragm —to the right as far as the tip of the tail of the pancreas—to the left as far as the pyloric valve and downward to the base of the transverse mesocolon.

In the cavity I placed two large packings moistened in phenol. These were removed after twenty-four hours. The mucous membrane sloughed. A small rubber drain was placed in the opening where the cyst was attached to the peritoneum and posterior sheath. This was done in order to avoid a false closure of the cavity. For several days the patient drained particles of the sloughed mucous mem-

brane. Was kept in the Hospital for twenty five days in order to avoid evisceration. Did very well. The only complaint was the "feeling of something pulling" in the epigastrium. This symptom disappeared after the third post-operative day. Patient is to come to Out Patient Department in three months.

Biblography:

1.—*Moynihan B. Lord*: Abdominal Operations Vol. 2 Page 480
2.—*Lund, F. P.*: Pancreas in Surgery, Surg. Gynec. & Obs. 34-820-1922
3.—*Logans, P.*: Pathology & treatment of pancreatic disease, especially cysts and calculi Zlschr f. klen Med. 51-203-521-1903-04
4.—*Kerr, A. N.*: cysts and pseudocysts of the pancreas. Surg Gynec. & Obs. 27-40-1918
5.—*Dennis, W. A.*: Dermoid cyst of the pancreas Surg Clinics of North America 3-1319-1923
6.—*Boyd*: Surgical Pathology 349
7.—*Fitz*: American Journal of Medical Science 1900 CXX 184
8.—*Korte*: Deut. Med. Woch-1911-XXXVII-536
9.—British Medical Journal-1892-II-1051
10.—*Buckstein*: (Surg. Gyn. & Obs.-1924 XXXIX-509
11.—*Mahorner, H. R.*: Cyst of Pancreas Arch. Surg. 1913-22-1018
12.—*Opie, E. L.*: Diseases of the Pancreas 2nd. ed. Phil.-1910
13.—*Kyewski*: (Journal de Chir.) 1909 II-697
14.—*Judd*: Minnesota Med. 1921 IV-75
15.—*Bullin, M. and Saltzstein HC.*: Pancreatic cysts following cholecystectomy J. A. M. A. 76, 1484, 1921
16.—*Carling E. R. and Kicks, J. A. B.*: A consideration of two cases of cystadenoma of the pancreas and their probable relationship to polycystic conditions found in other viscera. British Journal of Surgery 13-328-1925

EXPERIENCE WITH THIOURACIL IN PUERTO RICO

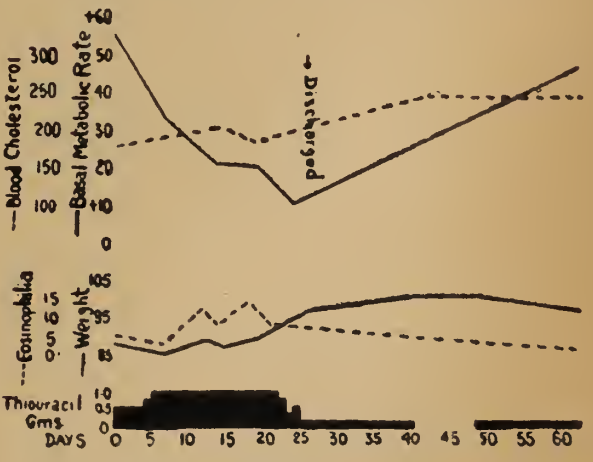
PROVIDENCIA CASTRO DE GONZALEZ, M.D., RAMON M. SUAREZ, M.D., AND JOSE NOYA BENITEZ, M.D.*

Certain agents such as the sulfonamides, thiourea and related compounds have been found to possess goiterigenic properties[1]. Of these, thiourea has been the most extensively studied and has been employed in the treatment of hyperthyroidism[2,3]. The principle involved in the therapeutic use of this drug, according to Astwood and co-workers[4], depends upon the inability of the organism to synthetize thyroid hormone at a normal rate. The quantity of circulating hormone therefore decreases, the pituitary responds with an excess of thyrotropin which stimulates the thyroid to hyperplasia and to the release of its stored hormone. Eventually, since the rate of production of the hormone is reduced, the metabolic rate falls. Clinically the drug has been found to improve the condition of the hyperthyroid patient and it has been used successfully in the preoperative management of severe cases by Bartels[5].

This report includes the first 7 cases treated with Thiouracil.** Of these, 3 were classified as primary hyperthyroidism and the rest as adenomatous goiter with hyperthyroidism. The dose of Thiouracil in each case varied. The first two patients were started with Gms. 0.6 of the drug, one with Gms. 0.8 and the others with Gms. 1.0. As the B. M. R. approached a normal level, the dose was decreased gradually. We used 0.1 and 0.2 Gms. as maintenance dose and considered the same satisfactory.

REPORT OF CASES

CASE 1 —U. H. No. 4959— A woman age 42 was admitted to the hospital with primary hyperthyroidism of one year's duration. She was exceedingly nervous and had lost 55 lbs. in weight; bouts of diarrhea were frequent and she had a chronic tracheobronchitis. Her exophthalmos was moderate and unilateral, pulse ranged around 104 and pulse pressure around 80 (B. P. 130/50). Her thyroid gland was moderately enlarged; thrill was marked. She was given Phenobarbital and Lugol's solution (30 drops daily) for one week, after which, Thiouracil was started. (For dosage and laboratory findings see Graph No. 1). During the first week of treatment, patient's nervousness became worse but later improved markedly.



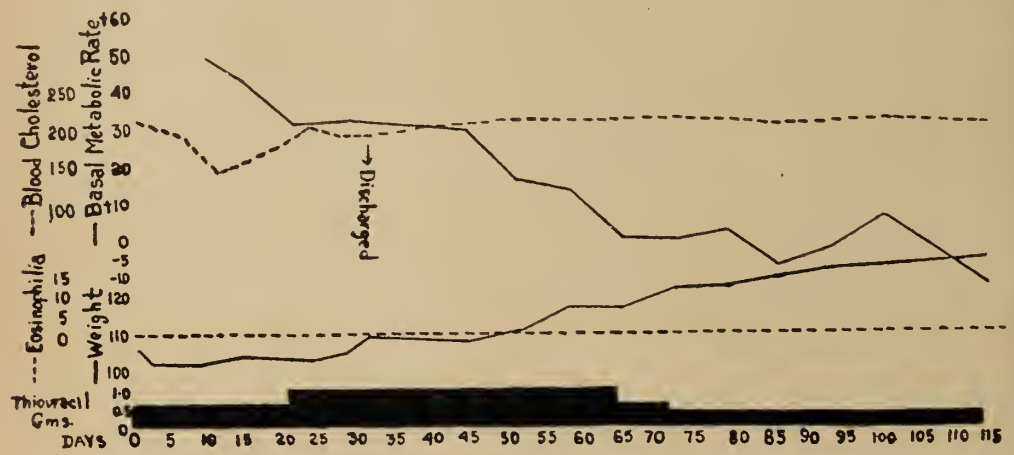
GRAPH No. 1
C. H. Q. #4959 - Primary Hyperthyroidism
Duration: 1 year — Feces: Negative

* From the Medical and Surgical departments of the University Hospital, School of Tropical Medicine, San Juan, P. R.

** The drug used was "Deracil" (2-thio-6-oxypyrimidine) generously supplied by Lederle Laboratories Inc. of New York.

On the 26th day of treatment when her B. M. R. was + 10 she went home because of family troubles. Her maintenance dose was Gms. 0.2 daily which she took for two more weeks. She didn't come to clinic for one week and omitted the drug for the same period of time. Then took Gms. 0.2 for two more weeks and did not return to clinic. At this time, her B. M. R. had gone up to + 46.

CASE 2—U. H. No. 5142— A woman 34 years old was admitted complaining of nervousness, loss of weight (16 lbs.), palpitations, profuse sweating and frequent diarrhea for 10 months. She had been treated with Lugol's for the same period of time without much improvement. On admission the pulse was 108, pulse pressure was 60 (B. P. 120/60), the B. M. R. above + 50 and the blood cholesterol was 208 mgm. Exophthalmos was very slight and the thyroid was moderately enlarged, bruit and thrill were present. She was started on Gms. 0.6 of thiouracil but the dose was increased to Gms. 1.0 at the end of the third week of treatment because there was no marked change in B. M. R. and the blood cholesterol was decreasing. On the 32nd day of treatment, she went home because she had to resume work, still taking Gms. 1.0 of the drug. Clinically her condition was the same except for her nervousness, which had disappeared. Her B. M. R. at this time was + 32.



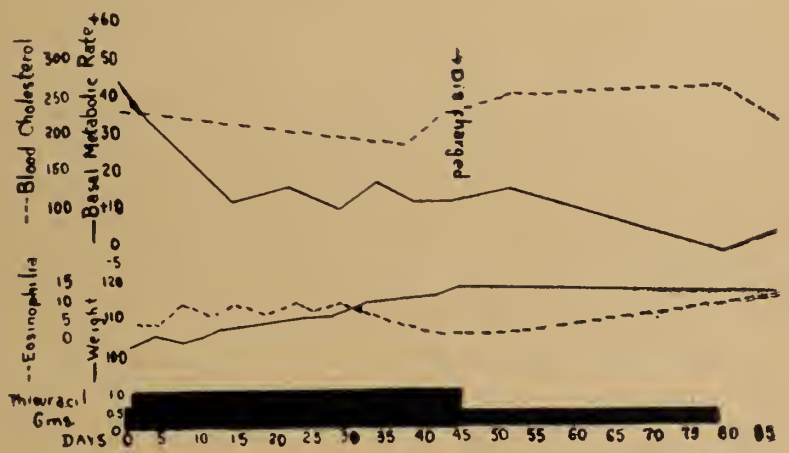
GRAPH No. 2
B. N. F. #5142 - Adenomatous Goiter with Hyperthyroidism
Duration: 10 months — Feces: Ascaris Lumbricoides

She was followed up at the clinic with weekly B. M. R., cholesterol and blood counts. After 33 days of taking Gms. 1.0 daily of the drug, at home, the B. M. R. became 0. The dose was then reduced to Gms. 0.6 for a week and Gms. 0.4 thereafter for 6 weeks during which time the B. M. R. ranged between + 6 and — 14 and the blood cholesterol was 314 mgm. The voice became coarse, the gland was very large and the patient presented the picture of myxedema. The drug was then stopped and she was given

dine for four weeks, during which me the voice changed back to its original tone, the gland became smaller and her hypothyroid symptoms disappeared.

She was very sick at home with an influenzal attack and when she came back a month and a half after stopping the drug the B. M. R. was + 50. It came down to + 29 after two weeks of taking Gms. 1.0 of thiouracil at home. She was readmitted for subtotal thyroidectomy which was performed when her B. M. R. had dropped below 20. At operation, it was noticed that the gland was less friable and the bleeding less profuse than the other patients who underwent subtotal thyroidectomy and who were not given iodine preoperatively.

CASE 3 —U. H. No. 5308— A 35 years old female admitted to the hospital complaining of nervousness, palpitations, weight loss (36 lbs.) and goiter for one year. She had had no treatment whatsoever. She presented a moderate enlargement of the thyroid gland with an audible bruit but no thrill present. There was no exophthalmos, the pulse was normal and the pulse pressure around 60. (B. P. 130/70).



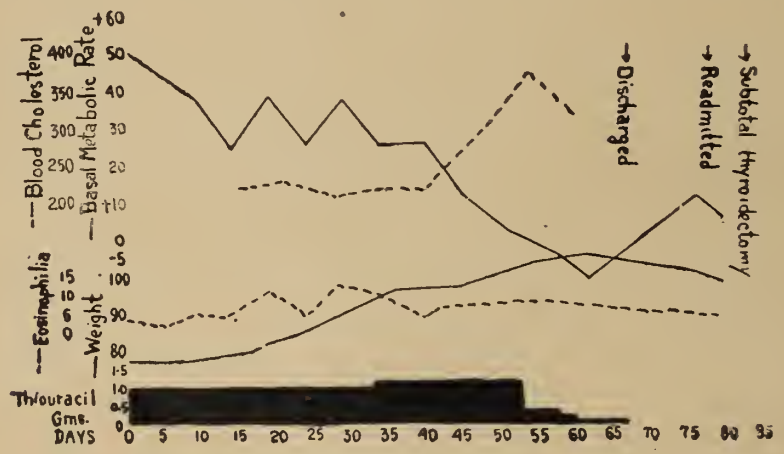
GRAPH No. 8
J. F. S. #5308 - Adenomatous Goiter with Hyperthyroidism
Duration: 1 year — Feces: Trichuris trichiura

Patient was treated with Thiouracil for 45 days in the hospital and was discharged with a B. M. R. of + 10. She took a maintenance dose of Gms. 0.4 for 5 weeks, after which the B. M. R. was — 4 and the drug was stopped. A week later, her B. M. R. was + 1. She didn't return to clinic until 3 months later, when her B. M. R. was + 61 her symptoms had recurred.

CASE 4 —U. H. No. 4315— A woman 21 years old admitted to this hospital a year and a half ago, pregnant 3 months and complaining of "pain and popping of eyes" for 5 months. Both the exophthalmos and the goiter were

marked. Her B. M. R. at this time was + 48, the pulse was 110, and the pulse pressure 90 (B. P. 116/26). She was given Lugol's and Phenobarbital and one week after admission, her B. M. R. was + 4.

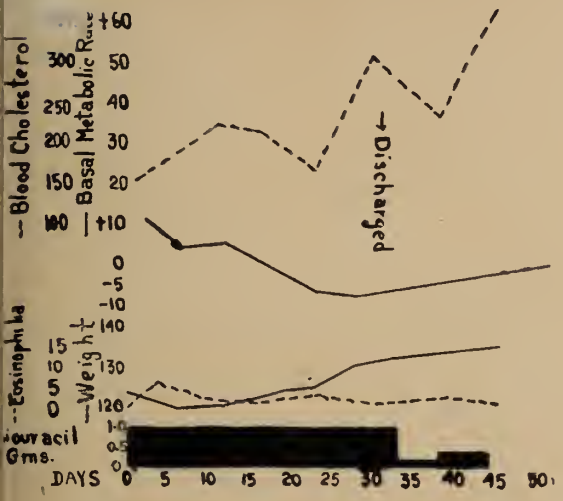
She was then discharged, and a month later her B. M. R. was — 21. She delivered 6 months after discharge and 3 months later she came back exceedingly nervous, having lost 13 lbs. in weight, the thyroid gland markedly increased in size and a B. M. R. of + 50. She was readmitted for Thiouracil treatment.



GRAPH No. 4
E. N. O. #4315 - Primary Hyperthyroidism
Duration: 14 months — Feces: Trichuris trichiura

In spite of 32 days of Gms. 1.0 daily of the drug, the B. M. R. remained stationary after its initial fall. The dose was then increased to Gms. 1.2 and then decreased as the B. M. R. approached normal. Even though her maintenance dose was Gms. 0.1, the B. M. R. kept falling to — 12. At this time patient was discharged and the drug stopped. In one week, the B. M. R. went up to + 11 again and two weeks after discharge she was admitted for the third time for subtotal thyroidectomy, with a B. M. R. of + 5.

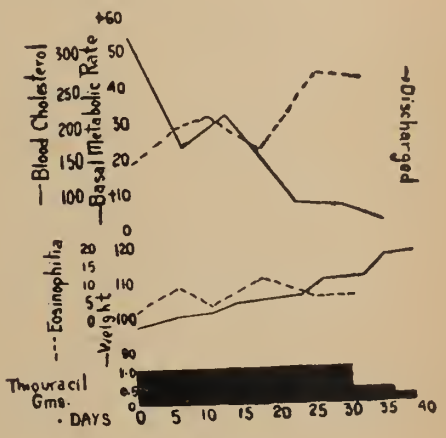
CASE 5—U. H. No. 5370—A 28 years old woman with a typical history of primary hyperthyroidism for 10 years and Lugol's treatment for 2 years. The cardiac symptoms and her nervousness were the most troublesome. She was on the verge of a nervous breakdown when admitted. On entrance her exophthalmos was moderate, her pulse ranged around 130 + and her blood pressure was normal. The heart was slightly enlarged to the left and a harsh systolic murmur at the apex was present. During three and a half weeks of hospital stay she ran a temperature of 99º-103ºF, which would last from 5 - 6 days in spite of Sulfadiazine therapy. She had three such febrile episodes and in the midst of one, Thiouracil was started, with a B. M. R. of + 16.



GRAPH No. 5
P. L. P. #5370 - Primary Hyperthyroidism
Duration: 10 years — Feces: Trichuris trichiura

After the drug was started, patient never again had a temperature above normal. She missed her next two menstrual periods. After three weeks of treatment, her pulse became normal, her nervousness was gone and the rest of the symptoms had subsided. She was discharged on the 31st day of treatment with a maintenance dose of Gms. 0.2 and a B.M.R. of — 8. She took Gms. 0.2 for 5 days, then Gms. 0.4 for 7 days, and then stopped the drug for one month. (B. M. R. — 0). When she came back her menstrual period had returned but so had her original symptoms and the B. M. R. was + 23. She was given Gms. 0.2 daily, working up to Gms. 0.4 daily of thiouracil for one month at the end of which it was stopped for two weeks (the B. M. R. had dropped to — 22) and then started again (B. M. R. — 7) on a maintenance dose of Gms. 0.2 daily, with which she kept her B. M. R. ranging from — 6 to + 12 and was free of symptoms.

CASE 6—U. H. No. 5451—A 29 years old woman suffering from adenomatous goiter with hyperthyroidism for one year at the onset of which, she was treated with Lugol's solution for two months without much improvement. On admission her thyroid gland was moderately enlarged, the pulse ranged between 96-80 and the blood pressure was normal.

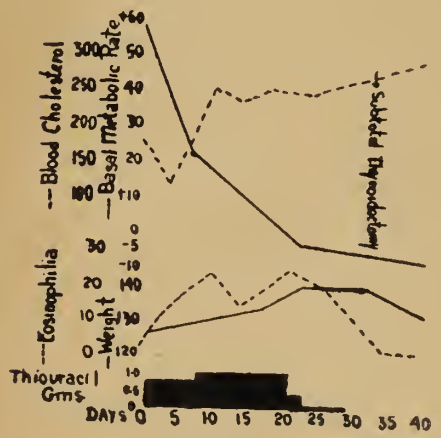


GRAPH No. 6
M. C. L. #5451 - Adenomatous Goiter with Hyperthyroidism
Duration: 1 yr. — Feces: Trichuris trichiura

Three weeks after Thiouracil was started she missed her menstrual period, which returned the next month. She was treated in the hospital for 39 days and was discharged with a B. M. R. of + 0.5 on a maintenance dose of Gms. 0.4 which she started taking 2 weeks after discharge. Her B. M. R. fluctuated between — 16 and — 1. At this point she stopped the drug and came back three months later moderately toxic and with a B. M. R. of + 22.

CASE 7—U. H. No. 5520—A 33 years old man was admitted to the hospital, se-

verely toxic, with a chronic tracheobronchitis, a marked enlargement of the thyroid gland causing troublesome pressure symptoms, and a loss of weight of 30 lbs. He was started with Thiouracil, and with bed rest and the drug, the B. M. R. came down to + 21.



GRAPH No. 7
F. R. G. #5520 - Adenomatous Goiter with Hyperthyroidism
Duration: 5 months — Feces: Hookworm

The dose of the drug was increased to Gms. 1.0 and on the 21st day was reduced to Gms. 0.4 and 2 days later to Gms. 0.1 when the B. M. R. was — 5. At this time he underwent subtotal thyroidectomy and 8 days later, his B. M. R. was — 8.

RESULTS

1—During the first two weeks of treatment, the thyroid gland became larger in size and harder in consistency. After or during the second half of the second week, the gland became soft.

2—Symptoms were aggravated during the first few days of treatment. This is probably due to the release of stored thyroid hormone from the thyroid gland, in response to the excess thyrotropin produced by the pituitary.

3—Symptoms gradually disappeared after the first few days and the patients' general condition improved.

4—Exophthalmos, which was bilateral in 2 cases, remained unaltered. In one case of unilateral exophthalmos, marked improvement was noticed.

5—All patients increased their weight by 12-25 lbs. during treatment.

6—Pulse pressure was diminished to normal. The way this was accomplished varied with the patient. Case 1 who had a high systolic pressure, decreased it. Cases 2, 3 and 4 in whom the diastolic pressure was low, raised it. Cases 5, 6 and 7 had normal pulse pressures.

7—Pulse rate during the course of treatment decreased to normal in all cases (1, 2, 4 and 5) in whom it was elevated.

8—Menstrual periods were suppressed temporarily in two of the 6 female patients. Out of the other four, one had amenorrhea since the onset of her illness and another had undergone hysterectomy a few years before. Two patients did not show any change in menstruation.

9—All patients showed a decrease to normal or subnormal of their basal metabolic rates. The time required to achieve this result depended on the dose of the drug and on whether the patient had taken iodine recently. Cases 2 and 4 who had had iodine for several months, took almost twice as long to bring their B. M. R. to normal.

10—Blood cholesterol values were increased in all cases. In two cases (2 and 3) who started with slightly elevated

alues, the change was not marked until the B. M. R. was near 0.

11—Leukopenia was observed in every case witout apparent relation to the dose of the drug. Case 1 who was given Gms. 0.6 of the drug for one week before giving a full dose of Gms. 1.0 daily, showed leukopenia with granulocytopenia during the first two weeks. Case 2, who received Gms. 0.6 for two weeks, gave similar results Cases 3, 4 and 7, receiving a higher dose from the start, showed a leukopenia during their 4th and 5th weeks but the granulocytic count remained unaltered. Case 5, who had had febrile episodes every 4 or 5 days, started with a white blood count of 16,440 with 84% polymorphonuclears and during the first four days the leucocytic count came down to 6,400 with 26% polys. On the 7th day of treatment, the granulocytic count was 60%. In no instance was it necessary to stop the drug. However, careful check up of the white blood count and differential is essential, since agranulocytosis following the use of this drug, has been reported by other workers.

12—In spite of the presence of intestinal parasites in 6 of the cases, none had eosinophilia when the drug was started. All but one case developed a marked eosinophilia as soon as the drug was started and continued to have it as long as they were under treatment. The one patient (Case 2) who did not develop eosinophilia, suffered from intestinal parasitism, and the one case who did not have parasites, started with a count of 5 eosinophils which went up to 12 on the 12th day of treatment. This finding, which has not been reported by other workers, bears no relation to intestinal parasites or to the dose of the drug and disappears when the treatment is stopped.

13—At operation, the gland was found to be soft, friable and exceedingly vascular.

14—The histologic picture of the gland after treatment with thiouracil is that of marked hyperplasia of the lining epithelium of the acini and almost total absence of colloid within the lumen. The epithelial cells are tall columnar and show frequent papillary projections into the lumen. Mitoses are frequent and there is hyperplasia of the lymphoid follicles of the stroma as well as infiltration with lymphocites diffusely and in foci in some areas.

COMMENTS

We have found the cases of primary hyperthyroidism and adenomatous goiter with hyperthyroidism to respond equally well to treatment with thiouracil. The treatment with the drug should be continuous, since stoppage of the drug means a recurrence of symptoms. We haven't been able to determine whether the above is true when the patients are kept in maintenance dose for a longer period of time. The maintenance dose should be started when the B. M. R. is around + 10. If the B. M. R. falls to 0 level, the smaller maintenance dose (Gms. 0.1) should be used, since even with this dose, the B. M. R. will fall to subnormal levels.

The follow up in some of these patients was difficult because they could not report to the clinic at regular intervals. One such patient with primary hyperthyroidism was subjected to subtotal thyroidecto-

my. Two cases with toxic adenomas also underwent surgery after preoperative treatment with thiouracil because of pressure symptoms from their adenomatous glands. Judging from these cases, we consider thiouracil the best preoperative treatment of hyperthyroidism available at present.

BIBLIOGRAPHY

1—*Mac Kenzie, C. G. and Mac Kenzie, J. B.;* Effect of Sulfonamides and Thioureas on the Thyroid Gland and Basal Metabolism, Endocrinology 32:185, 1943.

2—*Astwood, E. B.;* Treatment of Hyperthyroidism with Thiourea and Thiouracil, J. A. M. A. 122:78, 1943.

3—*Williams, R. H. and Bissell, G. W.;* Thiouracil in the treatment of Thyrotoxicosis, New England J. Med. 229:97, 1943.

4—*Astwood, E. B., Sullivan, J., Bissell, A. and Tyslowitz, R.;* Action of Certain Sulfonamides and of Thiourea upon the function of the Thyroid Gland of the Rat, Endocrinology 32:210, 1943.

5—*Bartels, E. C.;* Thiouracil: Its Use in the Preoperative Management of Severe Hyperthyroidism, J. A. M. A. 125:24, 1944.

INFORME DEL TESORERO DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

AÑO 1944

A. OLIVERAS GUERRA, M.D.

Señores miembros de la Cámara:

Sin duda alguna, ha sido éste uno de los años en que mayor movimiento ha habido en la tesorería de nuestra Asociación, ya que además de los ingresos y egresos naturales, hemos tenido el control de cuentas especiales, tales como el fondo pro-mejoras al edificio, la cuenta del Auxilio Médico Mutuo y la cuenta del Club Médico.

Aunque todas las operaciones realizadas están resumidas en los estados de cuentas que se acompañan a este informe, deseamos hacer breves comentarios en torno a las principales transacciones registradas durante el año.

Cuotas

Tenemos en primer término los ingresos habidos por concepto de cuotas, que hasta la fecha a que se contrae este informe (Noviembre 30, 1944) montan a la cantidad de $4,295.00, cifra menor a la obtenida el año pasado ($5,374.00), pero que se explica por el hecho de que este año no teníamos gran número de cuentas atrasadas, representando la casi totalidad de la suma cobrada, cuotas del año en curso.

A mediados de agosto próximo pasado, y después de innumerables gestiones cerca de los interesados para que se pusieran al día en el pago de sus derechos, la Directiva decidió dar de baja a todos aquellos compañeros que estuvieren en deuda con la Asociación por más de un año, procediéndose a eliminar de nuestra matrícula a seis colegas.

Un resumen de la matrícula de la Asociación en cuanto a su status para con la tesorería, nos dá el siguiente resultado:

Miembros al día	323
Miembros que adeudan la cuota del año 1944	55
Miembros que adeudan el segundo semestre	11
Exentos de pagar	
Por servicio militar	50
Miembros honorarios	2
Número total de miembros	441

Para facilitar los cobros, y para que no se dé el caso de que un miembro pueda pagar su cuota del Auxilio y dejar de pagar la de la Asociación o vice versa, me permito recomendar a la Cámara de Delegados la posibilidad de enmendar el reglamento de la Asociación, de manera que la cuota de socio sea $30.00, quedando cubierto en dicha cuota el importe del Auxilio Médico Mutuo.

Boletín de la Asociación

El Boletín de la Asociación, que durante este año ha continuado bajo la dirección del Dr. Martínez Rivera, ha publicado en sus páginas en las primeras 10 ediciones del año en curso, anuncios por la cantidad de $3,776.44, sobrepasando los ingresos habidos por este concepto en años anteriores. De dicha suma se ha cobrado hasta el día 30 de noviembre la cantidad de $3,114.14, adeudándosenos únicamente $663.30.

Además de dicha cantidad de $3,113.14 ingresados en tesorería por concepto de anuncios publicados de enero a octubre, durante el año en curso hemos cobrado por anuncios publicados el año pasado, la cantidad de $1,181.86, lo que nos da un ingreso total de $4,295.00.

Los egresos habidos hasta octubre por concepto de publicación y franqueo del Boletín, ascienden a la cantidad de $2,178.03, lo que deducido del importe de anuncios publicados ($3,776.44) nos da un beneficio de $1,598.41 en la publicación de estas primeras diez ediciones del Boletín, una vez hayamos cobrado los $663.30 que se nos adeuda por dicho concepto.

Alquiler de Locales

El año pasado, con motivo de haberse celebrado la asamblea anual en el anfiteatro de la Escuela de Medicina Tropical, los ingresos por concepto de alquiler de locales para exhibiciones, solamente montaron a la cantidad de $420.00. Este año, sin embargo, al celebrar nuevamente esta actividad en los salones de nuestro edificio, y utilizando el máximo de las facilidades disponibles para exhibiciones, tendremos un ingreso aproximado de $1,000 por dicho concepto.

Fondo Pro-mejoras al edificio

Debido a la intensa campaña realizada por nuestro activo presidente, se logró levantar este año un fondo de $14,214.90 para las mejoras que se han realizado en nuestro domicilio, y cuyo fondo se descompone de la siguiente manera:

Donativos de médicos	$11,309.90
Donativos de firmas fabricantes de productos farmacéuticos y de representantes	2,375.00
Importe de 265 tickets vendidos hasta noviembre 30 para la rifa de una barra de caoba	530.00
TOTAL DE ESTE FONDO	$14,214.90

Una relación de estos ingresos se incluye al final de este informe.

Por otro lado, los gastos en que se ha incurrido hasta la fecha con cargo a dicho fondo especial montan a $16,068.49, de cuya cantidad se ha pagado hasta la fecha de este informe un total de $15,643.49, adeudándose $425.00, todo lo cual representa un déficit de $1,853.59, sin contar lo que habrá que pagar por las nuevas butacas que se han ordenado para el salón de actos y las mesas y butacas de caoba para la biblioteca.

Incluímos al final de este informe un resumen detallado de los gastos habidos por concepto de mejoras al edificio.

Gastos Generales

Los gastos generales de la Asociación este año, exceptuando la cuenta de mejoras al edificio, han estado sobre lo normal, puesto que además de haberse cubierto con fondos de la Asociación el déficit habido en la mejoras a nuestro domicilio, se hicieron a éste, a principios de año, varias reparaciones que montaron a la cantidad de $381.16; se obtuvieron dos escritorios, siete butacas, un archivo y anaqueles para libros por valor de $735.00. Igualmente se compró un addressograph, equipo éste que hacía una falta notable en nuestra oficina, sobre todo en este año, cuando la correspondencia enviada a nuestros asociados ha sido en extremo numerosa. El precio de este equipo y las placas correspondientes fué de $162.92.

Además de los gastos arriba anotados,

año cuatro de los invitados de honor a Asociación han venido con cargo a stra tesorería, habiéndose invertido al-dor de $1,500 para este fin, de cuya idad ya hemos satisfecho el importe 1,037.50.

Los gastos por concepto de sellos, a-cios, efectos de oficina, imprevistos, han sobrepasado los incurridos en a-anteriores por estos particulares, da-a variedad de actividades que ha des-llado la Asociación durante el año en o.

icio y Mobiliario

Consideramos innecesario hacer mención especial al edificio y mobiliario de nuestra Asociación, puesto que todos ustedes han tenido oportunidad de observar los cambios sorprendentes que se han registrado en estos particulares.

AUXILIO MEDICO MUTUO

Además de la cuenta general de la Asociación, hemos tenido a nuestro cargo la cuenta del Auxilio Médico Mutuo, cuyo movimiento esbozamos en el siguiente estado de Ingresos y Egresos:

INGRESOS

lance en el Banco en Enero 1, 1944 (Este balance incluye 27 cuotas correspondientes al año 1944 cobradas en diciembre)	$7,839.50	
gresos por concepto de cuotas y certificados expedidos por los miembros	7,178.50	$15,018.00

EGRESOS

Certificados de Auxilio pagados hasta Novbre. 30, 1944		5,027.93
BALANCE		$ 9,990.07
Distribución del Balance		
EN CAJA	4,810.07	
EN VALORES (BONOS DE GUERRA)	5,180.00	9,990.07

r pagar

Certificado de Auxilio correspondiente a los beneficiarios del Dr. Jaime Vilá	$1,009.31

npra de Bonos

Tanto de la cuenta de la Asociación no de la cuenta del Auxilio Médico Mutuo se compraron este año bonos de guerra por valor de $5,180.00 para cada una. En la actualidad tenemos los siguientes Bonos de Guerra:

(Cuenta de la Asociación)

	Precio de compra	Intereses Devengados
4 bonos de $1,000 Serie F Números M308885F —86F, 87F y 88F, comprados en octubre de 1942	$2,860.00	$8.00
2 bonos de $1,000 Serie F. Números M750283 y 84F comprados en marzo, 1944	1,480.00	
1 bono de $5,000, Serie F. Núm. V54088F, comprado en marzo, 1944	3,700.00	
Total bonos cuenta de la Asociación	$8,040.00	$8.00

(Cuenta del Auxilio Médico Mutuo)

1 bono de $5,000, Serie F comprado en marzo, 1944 Núm. V54087F	$3,740.00
2 bonos de $1,000, Serie F, comprados en marzo, 1944. Núm. 750285F y 86F	1,480.00
Total Bonos Auxilio	$5,180.00

CLUB MEDICO

Además de las dos cuentas a que hemos hecho mención anteriormente, la de la Asociación y la del Auxilio Médico Mutuo, tenemos una tercera cuenta correspondiente al Club Médico, dependencia ésta que fué abierta para uso de nuestros compañeros asociados a mediados de octubre próximo pasado.

El movimiento habido en la cuenta del Club, el cual dicho sea de paso, empezó a operar con fondos de la Asociación y con el remanente de la bebida que como obsequio de firmas distribuidoras de licores obtuvo nuestro presidente para su inauguración, puede resumirse en los siguientes números:

INGRESOS:— 102 libros de cupones a $5.00 cada uno	$510.00
EGRESOS:— Gastos de operación a partir de octubre 16	278.68
Balance en el Banco	$231.38

El total de ventas del Club hasta la fecha ha sido de $240.70.

En la actualidad hay una gran cantidad de cuentas por pagar, toda vez que hemos querido que el Club esté bien surtido para los días de la asamblea.

Un balance detallado de las pérdidas o ganancias que pueda reportarnos esta dependencia no será posible establecerlo hasta que el mismo esté en pleno funcionamiento, toda vez que por ahora es frecuentado únicamente por varios compañeros y las ventas verificadas apenas ha alcanzado un promedio de $5.00 diarios durante el período que lleva funcionando.

Aprovechamos esta oportunidad para ender una cordial invitación a todos stros colegas para que hagan de este o el lugar predilecto para pasar sus ho- de asueto en compañía de sus fami- es y amigos, toda vez que al así hacer- estará contribuyendo al sostenimiento de un Club exclusivo para los compañe- ros asociados y sus familiares y amigos.

* * *

El movimiento habido en tesorería des- de enero 1ro, 1944 hasta la fecha de este informe, puede resumirse como sigue:

Cuenta de la Asociación

lance el día 1ro de enero	$ 9,608.41	
Bonos de Guerra	2,960.00	
gresos de enero 1ro. hasta la fecha	$27,684.75	$40,253.16
gresos hasta la fecha		30,571.33
BALANCE		$ 9,681.83

Distribución del Balance Asociación

EN CAJA	$1,541.83	
EN BONOS DE GUERRA	8,140.00	9,681.83

Cuenta del Auxilio

lance en enero 1ro.	$7,839.50	
gresos hasta la fecha	7,178.50	$15,018.00
resos hasta la fecha		5,027.93
BALANCE		$ 9,990.07

Distribución del Balan e del Auxilio

EN CAJA	$4,810.07	
EN BONOS DE GUERRA	5,180.00	9,990.07

Cuenta del Club

resos por venta de libros cupones	$ 510.00
stos	278.68
BALANCE	$ 231.38

	En Caja	En Bonos
CUENTA DE LA ASOCIACION	$1,541.83	$ 8,140.00
CUENTA DEL AUXILIO MEDICO	4,810.07	5,180.00
CUENTA DEL CLUB MEDICO	231.38	
TOTAL BALANCES	$6,583.28	$13,320.00

Cuentas por cobrar de la Asociación

Por anuncios en el Boletín	$ 663.30
Por alquiler locales	1,015.00
Por cuotas miembros	726.00
TOTAL POR COBRAR	$2,404.30

De la cuenta de la Asociación tenemos por pagar las cuentas corrientes del mes además de los gastos de la asamblea; del Auxilio Médico Mutuo tenemos por pagar el auxilio a los beneficiarios del Dr. Jaime Vilá Morales; y del Club Médico tenemos un gran número de cuentas de bebidas y otros efectos tomados recientemente para surtir el Club apropiadamente.

Forman parte de este informe los siguientes escritos:

1—Estado de Ingresos y Egresos habidos en Tesorería desde el 1ro. de enero de 1944 hasta Noviembre 30, 1944 (Cuenta de la Asociación).

2—Proyecto de Presupuesto para el año 1945.

3—Estado de Ingresos y Egresos habidos en la cuenta del Auxilio Médico Mutuo—enero 1ro. a noviembre 30, 1944.

4—Listas de compañeros al día en el pago de sus cuotas; médicos que adeudan la cuota del 1944; miembros que adeudan el segundo semestre y compañeros exentos de pagar la cuota.

5—Lista de firmas que nos adeudan por anuncios publicados en el Boletín.

6—Estimado de ingresos por alquiler de locales —asamblea del 1944.

7—Relación de contribuciones recibidas para las mejoras al edificio.

8—Relación de gastos incurridos en las obras de mejoras al edificio.

9—Informes mensuales de las transacciones hechas por tesorería.

Sólo me resta para terminar, expresar mi sincera gratitud a los miembros de la Cámara que me dispensaron el alto honor de elegirme miembro de la Directiva de la Asociación, y dar mis más expresivas gracias a los compañeros que en uno u otro sentido hicieron factible nuestra labor.

Respetuosamente,

A. OLIVERAS-GUERRA, M. D.
Tesorero.

TALLE DE LOS INGRESOS Y EGRESOS HABIDOS EN TESORERIA DES-
EL 1RO. DE ENERO DE 1944 HASTA NOVIEMBRE 30, 1944

INGRESOS

ance en el Banco en Diciembre 31, 1944	$ 9,608.41	
ores (Bonos de Guerra)	8,140.00	
tas (1944)	4,295.00	
etín (Por anuncios cobrados)	3,754.14	
uiler de Locales (1943)	140.00	
idendo cuenta Banco Territorial	0.71	
tribuciones pro-mejoras edificio (Médicos-firmas farmacéuticas y rifa barra de caoba)	14,214.90	
tribuciones para viaje del Dr. Harkavy	100.00	$40,253.16

EGRESOS

ia	16.90	
ancios	186.07	
ciaciones de Distrito (Reembolsos)	170.40	
lioteca	99.00	
os de Guerra (comprados)	5,180.00	
les y Telegramas	35.94	
ques devueltos por el Banco	29.00	
rado por Banco sobre cheques extranjeros	16.19	
ctos de Oficina	379.87	
ctos Sanitarios	73.26	
tos Asambleas (1943 y 1944)	1,149.39	
tos Impresión Boletín	2,178.03	
toria de la Medicina	17.50	
revistos	657.48	
(Energía eléctrica)	127.37	
oras al Edificio (incluyendo equipo)	15,643.49	
biliario y Equipo Oficina	897.92	
ty Cash (Detalle en Libreta de P. C.)	375.00	
aración Edificio (primeros meses)	382.28	
uro contra Incendio	36.06	
os	264.25	
ldos	2,520.00	
fono	135.93	30,571.33
BALANCE EN NOVIEMBRE 30, 1944		$ 9,681.83

Distribución del BALANCE

EN CAJA	1,541.83	
EN VALORES (BONOS DE GUERRA)	8,140.00	$ 9,681.83

DETALLE DE INGRESOS Y EGRESOS HABIDOS EN LA CUENTA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO, DESDE ENERO 1RO., 1944 HASTA NOVIEMBRE 30, 1944

INGRESOS

Balance en el Banco en Enero 1, 1944	$7,839.50	
Ingresos por concepto de cuotas		
367 Cuotas de $18.00 c/u	$6,606.00	
4 Cuotas de $25.00 c/u	100.00	
2 Cuotas de $35.00 c/u	70.00	
	6,776.00	
Ingresos por certificaciones expedidas por los miembros	402.50	$15,018.00

EGRESOS

Certificados de auxilio de los siguientes doctores		
Dr. Antonio Villeneuve		
Dr. José E. Igartúa		
Dr. Francisco Seín		
Dr. José Belén Gotay		
Dr. Mariano Riera López		5,027.93
BALANCE		$ 9,990.07
Distribución		
EN CAJA	$4,810.07	
EN BONOS DE GUERRA	5,180.00	$ 9,990.07
Menos Certificado por pagar a los beneficiarios		
Dr. Jaime Vilá Morales		1,009.31
Balance Neto		$ 8,980.76

INFORME DEL EDITOR-EN-JEFE Y ADMINISTRADOR DEL BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

—1944—

E. MARTINEZ RIVERA, M. D.

Señores miembros de la Cámara:

Nuevamente comparezco ante ustedes para rendirles un breve resumen del desenvolvimiento del Boletín de nuestra Asociación durante el año que termina.

Es bueno recordarles que me hice cargo por vez primera de la administración y edición del Boletín en febrero del año 1937, cuando el entonces presidente, Dr. J. H. Font, me dispensó el honor de designarme para presidir la Junta Editora de nuestra revista; y desde entonces, por una inmerecida distinción de que me han hecho objeto los distintos presidentes, he venido desempeñando igual cargo.

Cuando asumí la presidencia de la Junta Editora en el año 1937, hice publicar una nota bajo el epígrafe de "NUESTRA PAUTA", de la cual deseamos entresacar los siguientes párrafos:

> "Asumimos las funciones que se nos han encomendado perfectamente conscientes de que los deberes que hemos de cumplir entrañan una alta responsabilidad no sólo para con los compañeros de la Directiva, quienes nos han hecho depositarios de su confianza, sino también para con la clase médica puertorriqueña, pues éste es un órgano oficial y por lo tanto el vocero que ha de ir a todos los confines dentro y fuera de nuestra Isla, pregonando el calibre, la preparación, la capacidad, el progreso y el quilate de los hombres que integran la profesión médica de nuestra patria.
> "Estamos dispuestos a darle al Boletín, con entusiasmo, nuestra atención y el tiempo que sea necesario, poniendo a su servicio mis escasos recursos intelectuales, pero desde un principio queremos decirle a la clase médica que este BOLETIN habrá de ser lo que esta clase médica quiera que él sea. Bien una triste gacetilla de vida lánguida y de escaso o ningún interés científico, o por el contrario, como debe ser, un órgano digno del prestigio y de la altura de nuestra profesión. Ello sólo depende de la cooperación que todos le demos y de si ayudamos o no a su sostenimiento y engrandecimiento. Recordemos que el Boletín no es patrimonio de un hombre o un grupo de hombres, sino el vehículo por el que nos podemos comunicar nuestras impresiones unos a los otros todos los médicos de Puerto Rico; y no olvidemos que la gloria que recaiga sobre nuestra publicación oficial no ha de ser gloria para una persona o grupo de personas, sino gloria para la clase médica puertorriqueña."

Así nos expresábamos en 1937, y no está de más que aprovechemos esta ocasió para recordar a todos mis compañeros el deber que cada uno de nosotros tiene para con la publicación oficial de nuestra Asociación.

Sabemos que no es del todo fácil, y no todos tienen medios para ello, el escribir un artículo de carácter científico; pero también sabemos de muchos compañeros que, cuando han tenido alguna contribusión para recordar a todos mis compañeros revistas médicas del extranjero, en lugar de tratar de dar prestigio a nuestro Boletín con sus artículos de mérito.

No nos cansaremos de repetir que nuestro Boletín nunca pasará de ser una publicación corriente de medicina, mientras todos los miembros de la Asociación no nos dispongamos a darle nuestro respaldo absoluto.

A pesar del gran movimiento científico habido este año en nuestra Asociación, tuvimos una ocasión uno o dos meses atrás, cuando no teníamos en nuestros archivos ni una sola contribución para poder iniciar nuestro trabajo de editar el

Boletín, no obstante las reiteradas súplicas que constantemente enviamos a los compañeros que han presentado algún trabajo en las distintas reuniones de carácter científico.

Insistimos en nuestra recomendación de hace varios años, de que no se permita la presentación de ningún trabajo, cuyo autor no haya radicado antes en secretaría una copia del mismo para su publicación en el Boletín. Esta sería la única forma de asegurar el material necesario para la publicación regular de nuestro órgano oficial.

Hasta la fecha en que redactamos estas líneas (noviembre 30) han sido publicadas las primeras diez ediciones del Volumen XXXVI. La edición correspondiente al mes de noviembre está preparándose y probablemete se publique días antes de la asamblea.

En los primeros diez números del año hemos incluído 460 páginas de lectura, lo que representa un aumento de 54 páginas sobre las primeras diez ediciones del 1943. Hasta la edición de octubre hemos publicado artículos de los siguientes compañeros:

Dr. Federico Velázquez
Dr. Manuel A. Astor (2)
Dr. L. A. Passalacqua (2)
Dr. A. Acosta Velarde
Dr. Rafael Timothée
Dr. M. Fernández Fuster (2)
Dr. Américo Serra
Dr. Manuel Guzmán (2)
Dr. José S. Belaval
Dr. R. Fernández Marina
Dr. Morris S. Rosemblum
Dr. L. A. Balasquide
Dr. Charles B. Moore
Dr. A. Rodríguez Olleros
Dr. Roberto J. Aguayo
Dr. Néstor de Cardona
Dr. Roberto Francisco
Dr. Udo. J. Wile
Dr. Ildefonso Rivera Lugo
Dr. Rafael A. Vilar
Dr. R. Fernández Marchante
Dr. F. Hernández Morales (2)
Dr. Manuel de la Pila
Dr. Jacob Flax (2)
Dr. Luis Manuel Morales
Dr. Jeramfel Cordero
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Fernando Asencio
Dr. P. Morales Otero
Dr, E. Martínez Rivera
Dr. George C. Smith

El contenido de las primeras diez ediciones del año en curso, se divide por materias, en la forma que se detalla en el cuadro adjunto:

Mes	Cientifico	Informativo	Noticias	Discursos	Editoriales	Total de págs
Enero	26	8	4	6	2	46
Febrero	29	12	6	3	-	50
Marzo	25	14	7	-	-	46
Abril	47	6	5	-	-	58
Mayo	30	8	3	-	3	44
Junio	35	6	4	-	3	48
Julio	33	6	3	-	4	46
Agosto	35	3	3	-	5	46
Septiembre	21	4	5	-	4	34
Octubre	--	3	3	32	4	42
	281	70	43	41	25	460

Boletín ha continuado el canje con un gran número de revistas de los países latino-americanos, todas las cuales han venido a enriquecer los anaqueles de nuestra Biblioteca.

Frecuentemente hemos venido recibiendo solicitudes de canje de los países de Sur América, las cuales hemos satisfecho en parte.

Administración

Como en los años anteriores, la parte administrativa de nuestra revista ha merecido igualmente nuestra atención.

La cantidad de anuncios publicados hasta el mes de octubre ha sobrepasado el número de anuncios publicados en años anteriores durante este mismo período; habiendo alcanzado la cifra de $3,776.44, de cuya cantidad se ha cobrado hasta la fecha un total de $3,113.14, adeudándonos únicamente $663.00.

Para las ediciones de noviembre del año en curso tenemos anuncios por un valor aproximado de $700.00.

Los gastos ocasionados en el despacho de estas primeras diez ediciones alcanzan a la cantidad de $2,178.03, lo que deducido del total de anuncios publicados, nos da un beneficio de $1,598.41, una vez hayamos cobrado lo que se nos adeuda hasta el mes de octubre. Dicho beneficio ingresa en la cuenta general de la Asociación, para ayudar a cubrir los gastos de personal, etc.

Este es un doble motivo para que nuestros compañeros brinden al Boletín una más entusiasta cooperación, ya que sus beneficios contribuyen, en parte, a cubrir los gastos generales de la Asociación.

Aprovechamos esta oportunidad para reiterar nuestro sincero agradecimiento a todos los compañeros que han colaborado conmigo en la publicación del Volumen XXXVI del Boletín de nuestra Asociación, y expresamos asimismo nuestro agradecimiento a los directores y personal de la firma Cantero Fernández & Co., en cuyos talleres se publica actualmente el Boletín.

Queremos informar asimismo que, al igual que en años anteriores, hemos tenido en el año en curso la decidida cooperación del amigo Sánchez, a quien también hago partícipe de mi gratitud.

Respetuosamente,

E. MARTINEZ-RIVERA, M.D.
Editor-en-Jefe y Administrador
del Boletín.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Avenida Manuel Fernández Juncos,
Parada 19, Santurce, P. R.

AÑO XXXVII ABRIL 1945 NÚM. 4

EDITOR Y ADMINISTRADOR:

DR. E. MARTINEZ RIVERA

EDITORES ASOCIADOS:

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. A. M. MARCHAND
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del Mes

Durante el mes de abril se han celebrado las siguientes actividades de carácter médico:

Abril 1—Reunión científica del Capítulo de Puerto Rico de la "National Gastroenterological Society", en el domicilio de la Asociación.

Abril 5—Reunión ordinaria de la Junta de Directores de la Asociación.

Abril 9—Asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Guayama, en Aguirre.

Abril 10—Reunión extraordinaria de la Junta de Directores, en la residencia del Dr. Sánchez Castaño en Vega Baja. Comida de despedida al Dr. Muñoz Mac Cormick.

Abril 17—Reunión científica bajo los auspicios de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

Abril 18—Reunión del Capítulo de Puerto Rico del "College of Chest Physicians".

Abril 20—Reunión extraordinaria de la Junta de Directores.

Abril 20—Reunión de la Asociación Médica del Distrito de Ponce.

ASOCIACIONES DE DISTRITO

Guayama

Tal como informáramos en nuestra pasada edición, el domingo 8 de los cursantes se llevó a efecto en la Central Aguirre la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Guayama.

A las 10:30 de la mañana, con una nutrida concurrencia, y bajo la presidencia del Dr. Hilton L. López, dió comienzo el programa científico que a continuación copiamos:

Presentación de casos de otorrinolaringología, Dr. Eduardo R. Pérez.

Penicilina en relación con enfermedades venéreas—Resumen de observaciones recientes, Dr. Ernesto Quintero.

Complicated Gastric Surgery, Dr. Basilio Dávila.

Reajuste quirúrgico de la personalidad —Primera parte, Dr. Emilio Vadi.

Aptitud funcional del corazón y las pruebas para medirla, Dr. Ramón M. Suárez.

Una vez terminado el programa científico se procedió a la elección de los nuevos funcionarios del distrito, recayendo la misma en los siguientes colegas:

Presidente—Dr. Ezequiel Prieto
Vice-Pres.—Dr. J. Forastieri
Secretario—Dr. Severo R. Torruellas
Tesorero—Dr. Jenaro Barreras
Delegados
Dr. A. García Soltero
Dr. Eduardo R. Pérez

omo acto final los compañeros del dis- de Guayama obsequiaron a los concu- es con un suculento almuerzo, pro- longándose el cambio de impresiones hasta alrededor de las cuatro de la tarde, y habiendo reinado, en todo momento, un franco espíritu de camaradería.

San Juan

El martes 17 del mes en curso la Asociación Médica del Distrito de San Juan, que preside el Dr. Federico Hernández Morales, celebró su reunión mensual de carácter científico, estando la conferencia en esta ocasión a cargo del Dr. Gustavo Bergnes, cirujano del Hospital Sanatorio "La Esperanza", de la Habana, Cuba, y quien habló sobre: **"Conceptos modernos de la Resección Pulmonar".**

Este acto resultó en extremo concurrido, y el distinguido conferenciante se captó el interés del auditorio al demostrar un amplio conocimiento del tema que desarrollaba.

Ponce

En la noche del viernes 20 de abril reuniéronse en la ciudad de Ponce los compañeros que integran la Asociación Médica de aquel distrito, y después de una interesante disertación científica a cargo del Dr. William R. Gelpí, en torno al problema de las fracturas, procedieron a elegir la Junta de Directores para el próximo año, recayendo la elección en los mismos compañeros que la integraban el año pasado, a saber:

Presidente—Dr. Carlos A. Quilichini
Vice-Pres.—Dr. Américo Serra
Secretario—Dr. Pedro A. Castaing
Tesorero—Dra. Elvira Rodríguez
Delegados
Dr. Jaime L. Costas Durieux
Dr. José Ramón González

Humacao

Nos informa el Dr. Mario J. Tomasini, presidente de la Asociación Médica del Distrito de Humacao, que la asamblea anual de dicho distrito se llevará a efecto el domingo 15 de julio en el Club Rotario de Humacao.

La Junta de Directores del Distrito de Humacao desea invitar, por medio de esta nota, a todos los colegas que quieran participar en el programa científico a celebrarse en dicha ocasión, a remitirle los títulos de sus trabajos, para ser considerados en su oportunidad y escoger aquellas que puedan resultar de mayor interés para los compañeros asociados.

Los títulos deberán enviarse antes del día 15 de junio próximo, bien directamente al Dr. Mario J. Tomasini o a la secretaría de nuestra Asociación.

National Gastroenterological Association

El Capítulo de Puerto Rico de la National Gastroenterological Association, que preside el Dr. Ramón J. Sifre, celebró el domingo 1ro. de abril, a las 11:00 de la mañana, en el domicilio de nuestra Asociación, su reunión mensual de carácter científico, habiendo presentado trabajos los doctores Federico Hernández Morales y Basilio Dávila, y participando en la discusión de los mismos todos los compañeros presentes.

Después del programa científico los miembros del Capítulo pasaron a almorzar al Club Médico.

El Capítulo de los gastroenterólogos se propone celebrar una reunión científica el primer domingo de cada mes, y a la misma pueden concurrir todos los colegas interesados en esta especialidad.

American College of Chest Physicians

En la noche del miércoles 18 de abril, el Capítulo de Puerto Rico del "American College of Chest Physicians", qu preside el Dr. Antonio Acosta Velarde, auspició una reunión de carácter científico, en la cual hizo uso de la palabra su invitado de honor, el Dr. Gustavo Bergnes.

En esta ocasión el Dr. Bergnes desarrolló el siguiente tema:

Estado actual de la Colapsoterapia en el Tratamiento de la Tuberculosis

ilustrando el mismo con tres magníficas películas en colores.

Este acto, al igual que el celebrado la noche anterior bajo los auspicios de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, resultó muy concurrido, y nuevamente el Dr. Bergnes confirmó su amplio dominio de la cirugía torácica.

PERSONALES

Dr. C. E. Muñoz MacCormick

Con el propósito de recibir entrenamiento especial en otorrinolaringología y tomar el Board Americano de dicha especialidad, embarcó el jueves 12 de los cursantes hacia la ciudad de Boston, nuestro querído presidente, el Dr. Carlos E. Muñoz MacCormick.

El Dr. Muñoz MacCormick aprovechará su permanencia en el Norte, para relizar varias gestiones relacionadas con la próxima asamblea anual de nuestra Asociación, así como el ingreso en los colegios médicos del continente de los jóvenes becados por el Gobierno Insular.

Deseamos al Dr. Muñoz el mayor éxito en sus estudios, así como en todas las gestiones que se propone realizar en bien de nuestra clase.

Dr. Gustavo Bergnes

Correspondiendo a una invitación que le hiciera el Capítulo de Puerto Rico del "American College of Chest Physicians", ha venido a nuestra isla, el distinguido colega cubano, Dr. Gustavo Bergnes, cirujano del Sanatorio "La Esparanza", de la Habana, y quien goza de muy merecido prestigio en la Antilla hermana.

Como ya hemos informado en otras notas que aparecen en esta misma sección, el Dr. Bergnes dictó dos muy interesantes conferencias en el domicilio de nuestra Asociación, y se ha captado la admiración y estimación de todos cuantos han tenido oportunidad de conocerle, por su vasta preparación y por su singular simpatía.

Las autoridades del Departamento de Sanidad están realizando gestiones para que el Dr. Bergnes permanezca entre nosotros un período indefinido, a cargo del servicio de cirugía de los hospitales de tuberculosis, para que al mismo tiempo que los enfermos reciban el beneficio de su habilidad quirúrgica, puedan nuestros jóvenes médicos interesados en la materia adquirir entrenamiento en esta complicada rama de la cirugía.

Reiteramos nuestro saludo cordial al distinguido colega que nos visita, y esperamos acceda a la solicitud héchale por las autoridades sanitarias.

Dr. Manuel Santiago Santos

Despùs de aproximadamente un año de ausencia en el Norte, ha regresado a la ciudad de Caguas, el estimado colega cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Reciba el amigo Santiago un cordial saludo de bienvenida.

Salvador Riera López

Con el objeto de tomar el Board Americano de Pediatría, embarcó el día 25 de los cursantes hacia los Estados Unidos, el estimado amigo Dr. Salvador Riera López.

Deseamos al amigo Riera López el logro total de sus aspiraciones.

Dr. José A. Gallardo Díaz

Recientemente fué honorablemente licenciado del Ejército, el estimado compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas.

El Dr. Gallardo Díaz se propone reabrir próximamente su consultorio para dedicarse a la práctica privada de la oftalmología.

Dr. Ramón I. Almodóvar

Recientemente fué admitido como miembro de nuestra Asociación el estimado colega cuyo nombre encabeza esta nota.

El Dr. Almodóvar ejerce su profesión en el Hospital de Distrito de Fajardo.

Aprueban exámenes de reválida

Entre los compañeros que últimamente revalidaron su título ante el Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico encuéntranse los siguientes:

Dr. Plácido Osvaldo González
Dr. José M. Berio
Dr. Hipólito Biaggi
Dr. James Rex Bunker
Dr. Samuel Garau
Dr. Antero Lacot Salgado
Dr. Albert Andrew Lang
Dr. Hirám López Morales
Dr. Jenaro Scarano
Dr. Lawrence J. Snyder
Dra. Martha Soler Diorio
Dr. Luis J. Torres Oliver
Dr. Miguel Alberto Tulla
Dr. Fernando Vallecillo
Dra. Dharma L. Vargas
Dr. Plácido Osvaldo González
Dr. José A. Salazar
Dr. Francisco Porrata
Dr. Frank Quiñones Jiménez
Dr. José Honorio Vázquez

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

Nuevamente damos a la publicación la relación de compañeros que contribuyen de manera efectiva al fondo del Auxilio Médico Mutuo, mediante la expedición de sus certificaciones en los impresos que les suple nuestra Asociación.

Es de notar que de los 420 compañeros que pertenecen al Auxilio únicamente 56 han hecho remesas a la tesorería por dicho concepto. Sabemos de otros que habiendo expedido certificaciones en dichos impresos, aún no han enviado el importe de las mismas a Tesorería, a pesar de nuestras reiteradas súplicas al efecto. Una vez más urgimos de estos compañeros envíen el importe de sus certificaciones al Tesorero de la Asociación, y exhortamos a todos los miembros de la Asociación a hacer uso frecuente de dichos impresos, para robustecer aún más el fondo con que cuenta el Auxilio Médico Mutuo.

Dr. José Menéndez
Dr. F. Sánchez Castaño
Dr. Manuel G. Guerra (4)
Dr. Amalio Roldán (5)
Dr. R. Rivera Aulet (2)
Dr. Ricardo F. Fernández (2)
Dr. Leoncio T. Davis (4)
Dr. Fernando Asencio
Dr. Rafael Rivera (3)
Dr. Ramón C. Umpierre (3)
Dr. Miguel Alonso (2)
Dr. Juan Veve
Dr. A. Rodríguez Olleros (2)
Dr. Ezequiel Prieto
Dr. Julio R. Rolenson
Dr. R. Muñoz Vázquez
Dr. A. Otero López (2)
Dr. Héctor A. Bladuell (11)
Dr. Narciso Moreno
Dr. Luis J. Fernández
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. José F. González
Dr. Francisco J. Casalduc (3)
Dr. J. R. Bierley
Dr. Rafael A. Vilar (3)
Dr. Edgardo Quiñones
Dr. M. García de Quevedo
Dr. Luis F. Santos Tió (4)
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Francisco Seín
Dr. Carlos Domínguez
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. A. Fernández Valdés
Dr. F. Berio (2)
Dr. J. Ramos Lebrón
Dra. Edith Z. Rodríguez (2)
Dr. Luis L. Biamón
Dr. I. González Martínez
Dr. Frederick Ellis
Dr. José S. Belaval
Dr. L. A. Balasquide
Dr. Arquelio Ramírez
Dr. Luis R. Moczó
Dr. Honorato Estella (2)
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Manuel de la Pila
Dr. Ramón Maldonado
Dr. Elías C. Segarra
Dr. Eduardo D. Maldonado
Dr. J. Forastieri (2)
Dr. Jacinto Zaratt
Dr. Julio A. Santos
Dr. Jorge del Toro
Dr. Max D. Sánchez
Dr. J. Rodríguez Olmo
Dr. Ana Janer

FONDO PRO MEJORAS AL EDIFICIO

Compañeros que han aportado hasta la fecha su cuota de cien dólares:

Alonso, Miguel
Amorós, Luis A.
Antommattei, Armando
Añeses Arrache, José
Asencio, Fernando
Astor, Manuel A.

Barbosa, Guillermo
Bernabe, Adolfo
Bernabe, Rafael
Bladuell, Héctor A.
Blanes, Rafael A.
Bond, E. M.
Bonelli, Pablo M.
Bou, Alfredo L.
Bou, Alfredo V.
Busquets, Salvador S.

Caballero, Mariano B.
Cajigas, Tomás
Cardona, Néstor de
Carrasquillo, H. F .
Carrión, Arturo
Casalduc, F. J.
Colón, Julio E.
Colón, Rafael
Curbelo, Pablo G.

Dávila, Basilio
del Llano Sánchez, José Manuel
Domínguez, César

Estella, Honorato

Fernández García, Eugenio
Fernández, Luis J.
Fernández Marchante, F.
Fernández, Ricardo F.
Ferrer, José C.
Font, J. H.
Font Suárez, V.
Fossas, Manuel
Franceschi, Andrés

García Cabrera, E.
Garrido Collazo, J.
González, José F.
González Martínez, Isaac

Homedes, Juan

Iguina, José A.

Janer, Manuel
Jiménez, José D.
Juliá, Mario

Landrón, José
Laugier, Agustín R.
López de la Rosa, L.

Marqués, Guillermo
Márquez, Francisco
Marty, Randolfo
Mejía Ruiz, R.
Mejía, Alberto
Moczó, Luis R.
Montalvo Guenard, J. L.
Morales, Luis Manuel
Morles Otero, Pablo
Morales Ruiz, J. S.
Moreno, Narciso
Muñoz, Justo Luis
Muñoz MacCormick, C. E.

Navas Torres, A.
Noya Benítez, J.

Orpi, Pedro
Ortiz, Antonio
Otero López, A.

Palmieri, Julio
Palou, Pedro J.
Pavía Fernández, Manuel
Perea, Augusto

Perea, Nelson
Pérez, Eduardo R.
Picó, José
Pietri, Agustín
Pila, Manuel de la
Pons, Juan A.
Pujadas Díaz, Manuel

Quilichini, Carlos A.

Ramírez, Arquelio
Ramírez, Urbano
Ramos Lebrón, J.
Ramos Mimoso, J. R.
Rivas, Jaime
Rivera Aulet, R.
Rodríguez, Calixto
Rodríguez Olleros, A.
Roldán, Amalio
Rojas, Elí S.
Romeu Ortiz, E.
Rovira Palés, Carlos

Sabater, Juan A.
Sánchez Castaño, F.
Santos, Julio A.
Santos, Luis F.
Señeriz, R. H.
Serra Chavarry, J.
Sifre, Ramón J.
Suárez, Ramón M.
Susoni, Antonio H.
Susoni, Francisco M.

Tomasini, Mario J.
Toro, Jorge del
Trelles, Laureano
Trilla, Federico

Vallecillo, Arsenio
Vallecillo, Luis A.
Velázquez, Rafael
Vilar, Rafael A.

Yordán, Luis A.

Zapata, Miguel A.

FONDO PRO MEJORAS AL EDIFICIO

Compañeros que han enviado parte de la cuota:

Acota, Guillermo
Acosta, Raúl R.
Acosta Velarde, Jaime
Alfaro Díaz, Félix
Arbona, Guillermo

Balasquide, Lorenzo
Berio, Francisco
Biamón, Luis L.
Buxeda, Fernando

Cadilla, Arturo
Caso, Hilario
Clavell, Luis C.
Costas Durieux, Jaime L.

Dunscombe, Colby W.

Fas Fagundo, Nayip

Fernández Fuster, M.
Fernández Valdés, A.
Ferrer Delgado, Tomás
Francisco, Roberto
Fuster, Jaime L.

Gándara, José N.
García Bird, J.
García, David E.
García Soltero, A.
García Ubarri, A.
Godreau, Miguel F.
González, Carlos
González Flores, J. R.
González, Héctor M.

Hernández del Valle, Pedro

Igartúa, Gregorio

Lassisse, Enrique
López, Hilton L.

Malaret, Pedro
Mariani, Miguel A.
Martínez Alvarez, A.
Martínez, Ernesto J.
Martínez Rivera, E.
Mejías, Francisco J.
Menéndez, José
Mujica, Agustín

Oliveras Guerra, A.

Pérez Toledo, A.

Quintero, Ernesto
Quiñones, Jesús M.

Ramírez Cuerda, T.
Reinhardt, Alice
Rivera, Rafael
Río, Juan del
Roca, Julio C.
Rodríguez Pastor, J.
Rodríguez Pérez, David
Román Benítez, M.
Ruiz de Porrás, F.

Sánchez, Luis A.
Sánchez, Max D.
Skerrett, Víctor
Soto Ramos, José

Torruellas, Severo

Velázquez, Federico
Veve, Miguel

FIRMAS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE HASTA LA FECHA HAN CONTRIBUIDO PARA EL EQUIPO DE LA NUEVA BIBLIOTECA

Abbott Laboratories
Mead Johnson Company
Winthrop Chemical Company
Lederle Laboratories Company
Sterling Products
César A. Toro
H. V. Grosch Company
Burroughs Wellcome Company
E. R. Squibb & Sons
Schering Corporation
Cutter Laboratories

Afleg Laboratories
Pelegrina & Lloréns
Ciba Pharmaceutical Products
Hoffman-La Roche, Inc.
Roche-Organon, Inc.
Parke Davis
Frank W. Horner, Inc.
Vincent Christina & Co.
Endo Products, Inc.
Enrique Vélez Posada
A. S. Aloe Company

¿EN QUE SE CONSTITUYE LA DIGESTIBILIDAD?



• Para que un alimento infantil substituya la leche materna y rinda buenos resultados, este alimento tiene que ser lo mejor que hay . . . elaborado con la mejor leche; debe ser rico en vitaminas y permitir flexibilidad en las fórmulas. Pero si no es fácil de digerirse, todas estas propiedades pierden su valor.

El primer requisito de un alimento es su digestibilidad, bien sea para niños normales, prematuros o mal alimentados. Por lo tanto, para que un alimento sea realmente digestible, *todos* los niños lo tienen que asimilar sin inconveniente ninguno.

DRYCO *es* digestible. Debido al procedimiento de deshidratación por dispersión, la proteína y la grasa en DRYCO son más fáciles de digerirse. La proteína, en vez de formar un coágulo duro y grande, forma uno suave y pequeño fácilmente asimilado. Los coágulos de grasa, por lo general grandes y difíciles de desmenuzar, son tan pequeños en DRYCO que se digieren rápida y fácilmente.

La relación de 2.7 a 1, de proteína a grasa, proporciona un alimento de alto contenido de proteína y bajo contenido de grasa, normalmente suficiente para asegurar un crecimiento óptimo sin abusar del sistema digestivo del beb . Además de esto, el alto contenido de vitamina en DRYCO facilita la utilización completa de los valores nutritivos.

DRYCO satisface *todos* los requisitos que hay que cumplir para que la alimentación infantil traiga buenos resultados. 25 años de uso clínico han comprobado esto sin duda alguna.



DRYCO

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL

Distribuidores para Puerto Rico:
PLAZA PROVISION COMPANY, Allen 15, San Juan, P. R.



Sólo ERTRON llena todos estos requisitos

1. Un buen número de enfermos de artritis han sido tratados con éxito terapéutico.
2. Innocuidad en dosis masivas, en largas. series de casos reportados.
3. Diez años de investigaciones minuciosas.
4. Extenso soporte bibliográfico.
5. Ertron solo—y ningún otro producto—contiene ergosterol vaporizado, activado por energía eléctrica (Método de Whittier).

Ertronice al Artrítico

ERTRONIZAR SIGNIFICA: Emplear Ertron a dosis diarias adecuadas, durante un período de tiempo suficientemente largo para obtener los resultados óptimos. Aumentar las dosis hasta llegar a las recomendadas, o hasta alcanzar el nivel de tolerancia. Mantener estas dosis hasta obtener la mejoría máxima.

Presentación: Frascos de 50 y 100 cápsulas

*Reg. U. S. Pat. Off.

ERTRON *Parenteral*

A los médicos que deseen suplementar la administración rutinaria oral de Ertron con inyecciones parentéricas, les ofrecemos Ertron Parenteral en cajas de 6 ampollas de 1 cc. Cada ampolla contiene 500,000 u. i. de ergosterol vaporizado, activado por el método de Whittier.

La Bibliografía Específica Ertron

He aquí una lista parcial de las referencias bibliográficas de Ertron. Los informes publicados por los investigadores no atañen a otro producto más que Ertron — el agente empleado en los estudios clínicos.

Levinthal, D. H., Logan, C. E., Kohn, K. H., and Fishbein, W. I.: Practical Management of Arthritis—Medical and Orthopedic, Industrial Medicine, 13:377 (May) 1944.

Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W. and Rudd, E.: A Comparative Study of Ultraviolet Irradiated Ergosterol (Steenbock Process) and Electrically Activated Ergosterol (Whittier Process)—A Preliminary Report, Journal-Lancet, 114:25 (Jan.) 1944.

Goldberg, S. A.: The Pathology of Arthritis, Amer. J. Clinical Pathology, 14:1 (Jan.) 1944.

Ziskin, D. E., Gibson, Jr., J. A., Skarka, A. and Bellows, J. W.: Effect of Large Daily Doses of Vitamin D on Teeth and Jaws of Rats and on Humans, J. Dental Research, 22:457 (Dec.) 1943.

Reynolds, C. and Burns, E. L.: The Effect on the Rat of Prolonged Administration of Large Doses of Electrically Activated Vaporized Ergosterol, Indust. Med., 12:835 (Dec.) 1943.

Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W. and Rudd, E.: The Therapeutic Value of Electrically Activated Ergosterol when Administered Intramuscularly—A Preliminary Report, Indust. Med., 12:663 (Oct.) 1943.

Snyder, R. G., Squires, W. H., and Forster, J. W.: A Six-Year Study of Arthritis Therapy with Special Reference to the Pharmacology, Toxicology and Therapeutics, Indust. Med., 12:291 (May) 1943.

Levinthal, D. H. and Logan, C. E.: The Orthopedic and Medical Management of Arthritis, Journal-Lancet, 63:48 (Feb.) 1943.

Distribuidores Exclusivos en Puerto Rico:

PELEGRINA & LLORENS, INC. • SAN JUAN

NUTRITION RESEARCH LABORATORIES

CHICAGO



ERTRON

THESODATE (Brewer)

Definition: Thesodate (Brewer) is the original ENTERIC COATED tablet of Theobromine Sodium Acetate.

Indications: Thesodate (Brewer) is indicated in the treatment of coronary artery disease, edema, and hypertension.

Distribution: Thesodate (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
*Thesodate, 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

Dose: One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION:
1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G., Arch. Int. Med., Vol. 60, page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F., J. A. M. A., Vol. 109, page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E., Am. H. Jour., Vol. 19, page 639, Number 6, June, 1940.

* Thesodate, 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, INC. **Worcester, Mass., U.S.A.**

Pharmaceutical Chemists Since 1852

HERISAN

(MARCA REGISTRADA)

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" Y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA:	**50,000 U. I. de Vitamina A**		
	6,250 U. I. de Vitamina D	**por gramo**	**10 gramos**
	Acido Bórico		**2 gramos**
	Oxido de Zinc		**15 gramos**
	Talco		**15 gramos**
	Vehículo		**58 gramos**

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en: HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, etc.

Preparado por

ANDROMACHUS CORPORATION

22 East 49th Street. New York 1s-17, N. Y.

Distribuidor: **E. VELEZ POSADA,** Plaza de Colón, San Juan.



PETROLAGAR *para el Convaleciente*

a corregir la estasis intestinal, el convaleciente puede necesitar la acción de un lubricante suave moliente, además de la dieta apropiada. PETROLAGAR, — emulsión mecánica de petrolado líquido o, — es el producto indicado en estos casos ya que lubrica y suaviza el contenido intestinal, con-uyendo así a restablecer la peristalsis y a producir, sin peligro, una cómoda evacuación. Se ofrece valioso auxiliar para corregir también el estreñimiento en varios otros estados, cuando es menester ablecer la evacuación normal. Algunos de estos estados se describen a la vuelta de esta hoja.

WYETH INTERNATIONAL LIMITED, New York, N. Y., E. U. A.

Algunos de los usos y ventajas de Petrolagar



OBSTETRICIA: Durante la gestación es muy importante evitar demoras en la evacuación intestinal. Para prevenir complicaciones intestinales en tal estado, se prescribe PETROLAGAR como profiláctico. Esta preparación facilita la evacuación cómoda formando heces suaves que se expulsan por medio de la peristalsis natural.

GINECOLOGIA: Según Druede los dolores lumbares que se atribuyen a la matriz provienen a menudo del estreñimiento. Los ginecólogos han encontrado que el PETROLAGAR es un valioso auxiliar para el tratamiento de los trastornos pélvicos, porque facilita la evacuación cómoda.

PROCTOLOGIA: En ninguna otra rama de la medicina es el PETROLAGAR más útil que en la proctología. Los proctólogos han comprobado que los síntomas dolorosos en el recto pueden aliviarse incluyendo PETROLAGAR en el tratamiento. Se evita el agotamiento de flúidos orgánicos y al mismo tiempo, una congestión de las venas hemorroidales causada por el esfuerzo en la defecación.

DERMATOLOGIA: Tanto el colon como la piel son órganos excretorios, y por lo tanto, las manifestaciones de la piel exigen que se preste atención inmediata al restablecimiento del debido funcionamiento del intestino grueso. A muchos dermatólogos les han entusiasmado los resultados obtenidos con PETROLAGAR, puesiendo inerte no entorpece las actividades fisiológicas normales.

VENTAJAS: Es miscible en soluciones acuosas Asegura una consistencia fecal normal. No s absorbe ni se escurre. Provoca una evacuación cómoda.

CIRUGIA: En el tratamiento preoperatorio postoperatorio es valiosa la acción de PETROLAGAR cuyo uso habitual por pacientes operados evita la estasis y la irregularidad intestinal.

ENFERMEDADES PULMONARES: La inclusión de PETROLAGAR en un tratamiento influye favorablemente sobre muchos de los estados tóxicos que generalmente acompañan a la tuberculosis.

ENFERMEDADES GENITOURINARIAS: PETROLAGAR tiene una importancia particular en el tratamiento de las enfermedades de las vías génitourinarias, en las cuales las complicaciones intestinales presentan problemas de suma importancia. PETROLAGAR es valioso en estos casos para calmar la irritación, inflamación y dolor, así como para evitar la congestión.

ODONTOLOGIA: Hay una estrecha relación entre la sepsis oral, la toxemia alimenticia y la estasis intestinal. PETROLAGAR ha demostrado su eficacia en el alivio de la estasis intestinal y para facilitar la expulsión de las toxinas del intestino.

POR SER PETROLAGAR DE SABOR AGRADABLE, HASTA LOS ENFERMOS QUE SIENTEN AVERSION POR EL ACEITE MINERAL SIMPLE LO TOMAN FACILMENTE. PUEDE DILUIRSE LO QUE SE DESEE PORQUE ES MISCIBLE EN SOLUCIONES ACUOSAS

¿EN QUE SE CONSTITUYE LA DIGESTIBILIDAD?



● Para que un alimento infantil substituya la leche materna y rinda buenos resultados, este alimento tiene que ser lo mejor que hay . . . elaborado con la mejor leche; debe ser rico en vitaminas y permitir flexibilidad en las fórmulas. Pero si no es fácil de digerirse, todas estas propiedades pierden su valor.

El primer requisito de un alimento es su digestibilidad, bien sea para niños normales, prematuros o mal alimentados. Por lo tanto, para que un alimento sea realmente digestible, *todos* los niños lo tienen que asimilar sin inconveniente ninguno.

DRYCO *es* digestible. Debido al procedimiento de deshidratación por dispersión, la proteína y la grasa en DRYCO son más fáciles de digerirse. La proteína, en vez de formar un coágulo duro y grande, forma uno suave y pequeño fácilmente asimilado. Los coágulos de grasa, por lo general grandes y difíciles de desmenuzar, son tan pequeños en DRYCO que se digieren rápida y fácilmente.

La relación de 2.7 a 1, de proteína a grasa, proporciona un alimento de alto contenido de proteína y bajo contenido de grasa, normalmente suficiente para asegurar un crecimiento óptimo sin abusar del sistema digestivo del beb .. Además de esto, el alto contenido de vitamina en DRYCO facilita la utilización completa de los valores nutritivos.

DRYCO satisface *todos* los requisitos que hay que cumplir para que la alimentación infantil traiga buenos resultados. 25 años de uso clínico han comprobado esto sin duda alguna.



DRYCO

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL

Distribuidores para Puerto Rico:
PLAZA PROVISION COMPANY, Allen 15, San Juan, P. R.

ERTRON

Sólo ERTRON llena todos estos requisitos

1. Un buen número de enfermos de artritis han sido tratados con éxito terapéutico.
2. Innocuidad en dosis masivas, en largas. series de casos reportados.
3. Diez años de investigaciones minuciosas.
4. Extenso soporte bibliográfico.
5. Ertron solo—y ningún otro producto—contiene ergosterol vaporizado, activado por energía eléctrica (Método de Whittier).

Ertronice al Artrítico

ERTRONIZAR SIGNIFICA: Emplear Ertron a dosis diarias adecuadas, durante un período de tiempo suficientemente largo para obtener los resultados óptimos. Aumentar las dosis hasta llegar a las recomendadas, o hasta alcanzar el nivel de tolerancia. Mantener estas dosis hasta obtener la mejoría máxima.

Presentación: Frascos de 50 y 100 cápsulas

*Reg. U. S. Pat. Off.

ERTRON *Parenteral*

A los médicos que deseen suplementar la administración rutinaria oral de Ertron con inyecciones parentéricas, les ofrecemos Ertron Parenteral en cajas de 6 ampollas de 1 cc. Cada ampolla contiene 500,000 u. i. de ergosterol vaporizado, activado por el método de Whittier.

La Bibliografía Específica Ertron

He aquí una lista parcial de las referencias bibliográficas de Ertron. Los informes publicados por los investigadores no atañen a otro producto más que Ertron — el agente empleado en los estudios clínicos.

Levinthal, D. H., Logan, C. E., Kohn, K. H., and Fishbein, W. I.: Practical Management of Arthritis—Medical and Orthopedic, Industrial Medicine, 13:377 (May) 1944.

Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W. and Rudd, E.: A Comparative Study of Ultraviolet Irradiated Ergosterol (Steenbock Process) and Electrically Activated Ergosterol (Whittier Process)—A Preliminary Report. Journal-Lancet, 114:25 (Jan.) 1944.

Goldberg, S. A.: The Pathology of Arthritis, Amer. J. Clinical Pathology, 14:1 (Jan.) 1944.

Ziskin, D. E., Gibson, Jr., J. A., Skarka, A. and Bellows, J. W.: Effect of Large Daily Doses of Vitamin D on Teeth and Jaws of Rats and on Humans, J. Dental Research, 22:457 (Dec.) 1943.

Reynolds, C. and Burns, E. L.: The Effect on the Rat of Prolonged Administration of Large Doses of Electrically Activated Vaporized Ergosterol, Indust. Med., 12:835 (Dec.) 1943.

Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W. and Rudd, E.: The Therapeutic Value of Electrically Activated Ergosterol when Administered Intramuscularly—A Preliminary Report, Indust. Med., 12:663 (Oct.) 1943.

Snyder, R. G., Squires, W. H., and Forster, J. W.: A Six-Year Study of Arthritis Therapy with Special Reference to the Pharmacology, Toxicology and Therapeutics. Indust. Med., 12:291 (May) 1943.

Levinthal, D. H. and Logan, C. E.: The Orthopedic and Medical Management of Arthritis, Journal-Lancet, 63:48 (Feb.) 1943.

Distribuidores Exclusivos en Puerto Rico:

PELEGRINA & LLORENS, INC. • SAN JUAN

NUTRITION RESEARCH LABORATORIES

CHICAGO



ERTRON

THESODATE (Brewer)

Definition: Thesodate (Brewer) is the original ENTERIC COATED tablet of Theobromine Sodium Acetate.

Indications: Thesodate (Brewer) is indicated in the treatment of coronary artery disease, edema, and hypertension.

Distribution: Thesodate (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
*Thesodate, 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

Dose: One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION:

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G., Arch. Int. Med., Vol. 60, page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F., J. A. M. A., Vol. 109, page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Willlams, N. E., Am. H. Jour., Vol. 19, page 639, Number 6, June, 1940.

• Thesodate, 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, INC. **Worcester, Mass., U.S.A.**

Pharmaceutical Chemists Since 1852

HERISAN

(MARCA REGISTRADA)

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" Y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA:			
50,000 U. I. de Vitamina A			
6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo---	10	gramos
Acido Bórico		2	gramos
Oxido de Zinc		15	gramos
Talco		15	gramos
Vehículo		58	gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en: HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, etc.

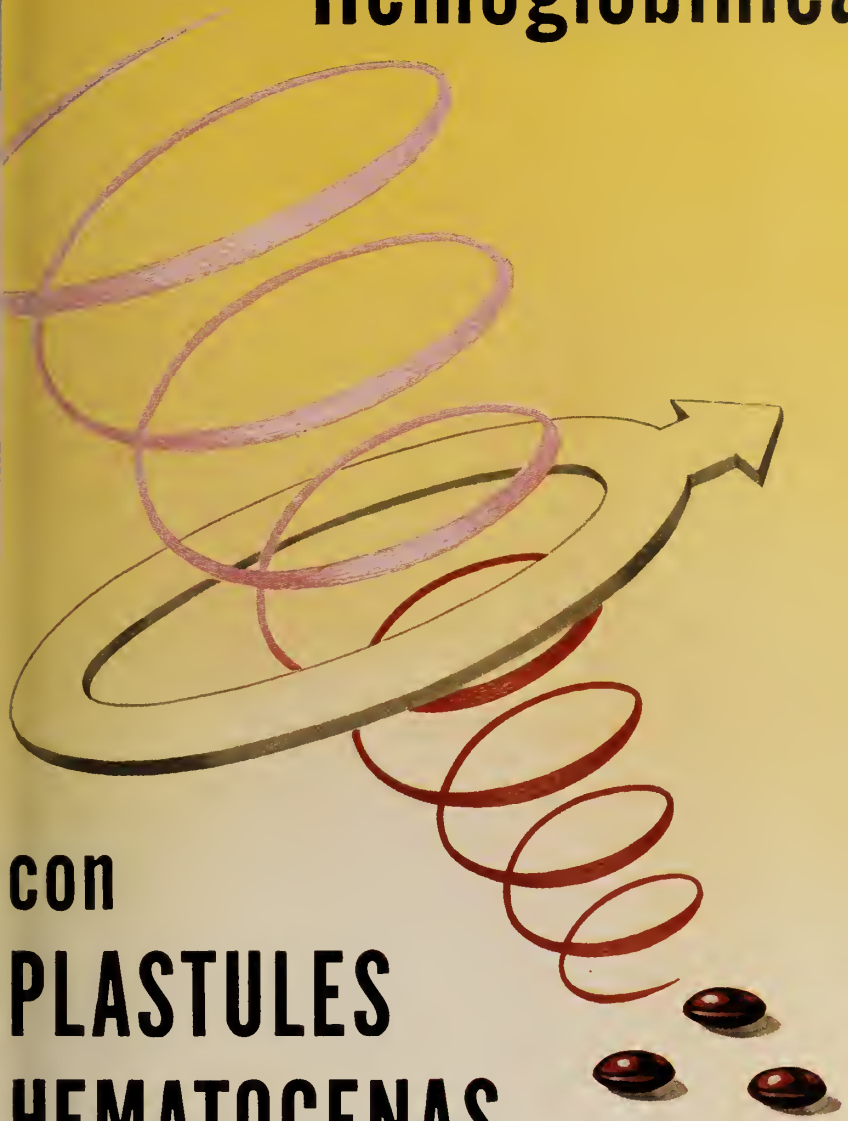
Preparado por

ANDROMACHUS CORPORATION

22 East 49th Street. New York 1s-17, N. Y.

Distribuidor: **E. VELEZ POSADA,** Plaza de Colón, San Juan.

Regeneración Hemoglobínica



con
PLASTULES
HEMATOGENAS

Wyeth International Limited NEW YORK, E. U. A.

PARA EL TRATAMIENTO EFICAZ DE L

Anemias Secundaria

Administrado en forma *ferrosa*, no es menester usar gra dosis de hierro, en el tratamiento de las anemias hipocróm

Numerosas investigaciones clínicas independientes ponen de relieve las ventajas de administrar hierro en la forma ferrosa. Las PLASTULES HEMATOGENAS contienen hierro en estado ferroso, esto es, listo para ser absorbido inmediatamente y convertido en hemoglobina. Para proteger este estado ferroso contra la oxidación, cada Plastule consiste de una cápsula soluble de gelatina, sellada herméticamente.

Pequeñas dosis de PLASTULES HEMATOGENAS son generalmente adecuadas para obtener una excelente respuesta hemoglobínica, equivalente a la obtenida con dosis masivas de hierro reducido, citratos de hierro y de amonio, o píldoras de Blaud.

Los pacientes a quienes se receten las PLASTULES HEMATOGENAS apreciarán las ventajas de las dosis pequeñas y cómodas que resultan económicas.

Las PLASTULES HEMATOGENAS producen una pronta reacción clínica con el mínimo de efectos secundarios que acompañan generalmente la administración de dosis mayores de otras formas de hierro.

Las PLASTULES HEMATOGENAS *se ofrecen en dos formas: Simples o con concentrado de hígado. En envases de 50 plastules.*

PLASTULES HEMATOGENAS, SIMPLES

COMPOSICION: Cada Plastule contien Sulfato ferroso, F.E.U., desecado, 320 mg Levadura concentrada, 48 mg.

INDICACIONES: Para el tratamiento d las anemias secundarias y también par mantener normal el índice hemoglobíni durante el embarazo, la lactancia y menstruación.

DOSIS: Dosis media para adultos, un Plastule Hematógena, Simple, tres vec al día, después de las comidas.

PLASTULES HEMATOGENAS CON CONCENTRADO DE HIGADO

COMPOSICION: Cada Plastule contien Sulfato ferroso, F.E.U., desecado, 160 mg Concentrado de Hígado 168 mg.; Levadur concentrada, 48 mg.

INDICACIONES: Cuando se desee añadi concentrado de hídago para complementa el hierro y la levadura concentrada en e tratamiento de las anemias secundaria incluyendo las anemias del embarazo, l lactancia y la menstruación.

DOSIS: Dosis media, para adultos: 2 Pla tules Hematógenas con Concentrado d hígado, tres veces al día, después de la comidas.



HACE AÑOS QUE LA PROFESION MEDICA HA RECONOCIDO LAS PLASTULES HEMATOGENAS COMO MEDIO TERAPEUTICO SUPERIOR PARA LA PREVENCION O TRATAMIENTO DE LAS ANEMIAS HIPOCROMICAS Y LAS DEFICIENCIAS NUTRITIVAS DE HIERRO.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL
(Organizada en 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología; bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos urológicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico físico; interpretación roentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifiliología; neurología; terapia física; instrucción contínua en diagnóstico cistoendoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatorias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

MEDICINA PRACTICA

Instrucción completa en aquellas materias que son de particular interés al médico en la práctica general. El curso cubre todas las ramas de la Medicina y Cirugía.

FISIOTERAPIA

Lecciones didácticas y aplicaciones clínicas activas de todos los métodos actuales de fisioterapia en medicina interna, cirugía traumática y general, ginecología, urología, dermatología, neurología y pediatría. Demostraciones especiales de electrocirugía menor, electrodiagnóstico, piretoterapia, hidroterapia (incluyendo terapia colónica) actinoterapia.

PROCTOLOGIA, GASTRO-ENTEROLOGIA Y MATERIAS DE LA ESPECIALIDAD

PARA INFORMES DIRIGIRSE A
MEDICAL EXECUTIVE OFFICER: 345 West 50th St., New York City

Este BOLETIN MEDICO se imprimió

en los talleres tipográficos

de la

Imprenta Venezuela

Teléfono 2-4703 - Apartado 1481

San Juan 7, Puerto Rico

BEFLEG

COMPLEJO DE VITAMINA "B"
INYECTABLE

FORMULA

Hcl de Tiamina	10	mg.
Riboflavina	0.1	mg.
Hcl de Piridoxina	1	mg.
Nicotinamida	10	mg.
Pantotenato de Calcio	0.10	mg.
Clorobutanol	0.50%	

Se suple en Ampolletas de 5 y 10 cc.

AFLEG LABORATORIES

San Juan, Puerto Rico

★ ANEMIA — La primera idea, medicación hematopoyética.

★ FERHEPTOL — Agente estimulador de la hematopoyesis. Solución parentérica de Extracto de Hígado a la que se agrega por cada 5 cc.

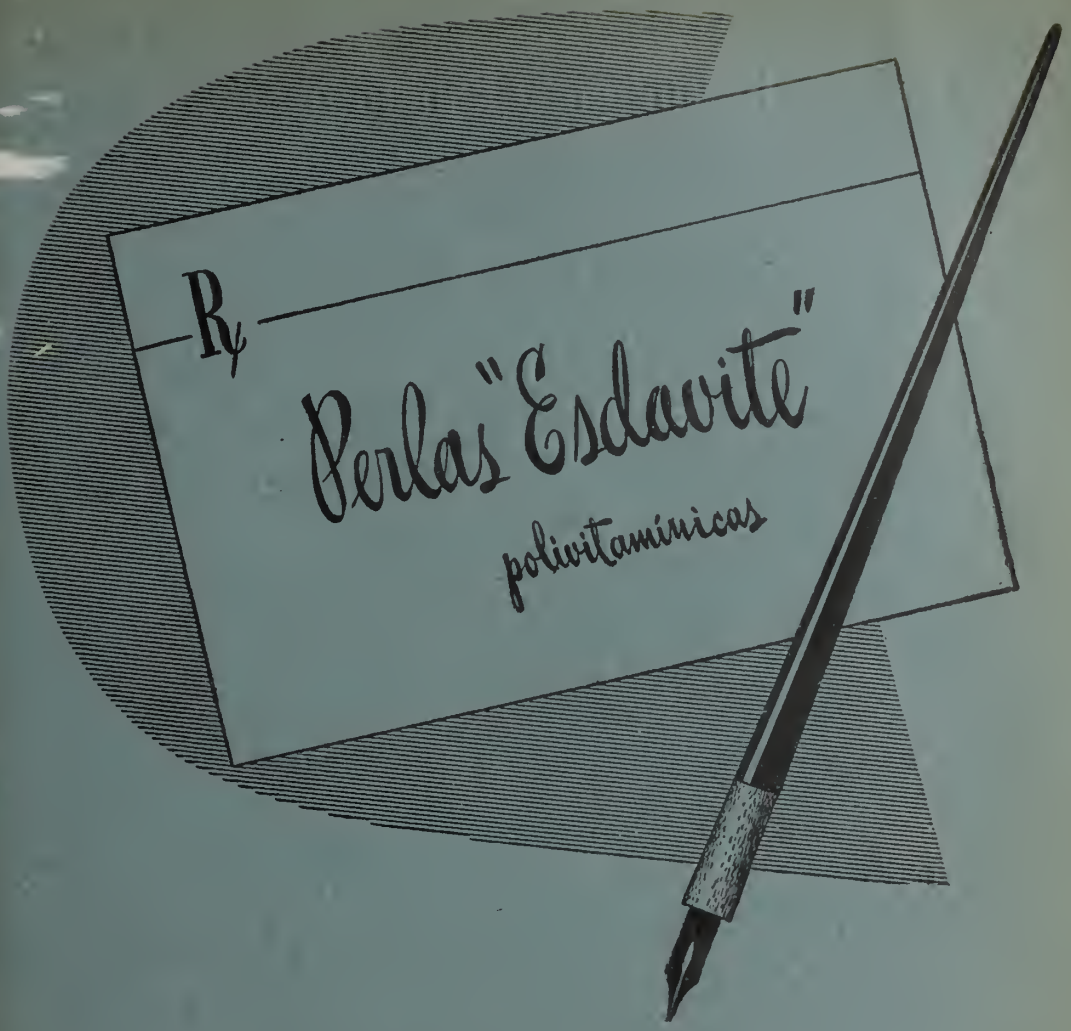
Hierro (en forma de Peptonato)	0.005	mg.
Cobre (en forma de Sulfato)	0.0001	mg.
Vitamina B_{12} (HCL de Tiamina) (1000 UI por cada 5 cc.)	3.33	mg.
Alcohol Bencílico	0.50%	
Clorobutanol	0.50%	
Ticresol	0.30%	

Indicado en los casos de anemia perniciosa y macrocítica y varios tipos de anemias hipocrómicas.

—oOo—

Ampolla de 5 y 10 cc. **FERHEPTOL** Eficaz - Antianémico

AFLEG LABORATORIES — San Juan, P. R.



CADA PERLA "ESDAVITE" contiene todas las vitaminas principales y de más importancia para los procesos metabólicos del organismo, en una fórmula bien equilibrada y de alto tenor vitamínico A, B_1, B_2^1 (G), C y D. Por su fácil digestibilidad y rápida asimilación, las PERLAS "ESDAVITE" son las preferidas para la terapéutica enérgica de las entidades patológicas provocadas por avitaminosis. Dosis profiláctica: 1 perla al día.

Presentación: En frascos de 25 y 100 perlas. **Sharp & Dohme, Philadelphia, E.U.A.**

PERLAS "ESDAVITE" POLIVITAMINICAS

Ocitócico Adecuado



En el puerperio el uso de un ocitócico adecuado es reconocido como de marcado valor para controlar la hemorragia postpartum y promover la involución.

Las Tabletas 'Ergotrate' (Maleato de Ergonovina, F.E.U., Lilly) son un adecuado ocitócico para uso oral, del que puede dependerse para producir contracciones uterinas y aumentar la tonicidad uterina.

Las Ampulas 'Ergotrate' son un adecuado ocitócico para uso parenteral. La solución es permanente y estable; su efecto, rápido y seguro. Las Ámpulas 'Ergotrate' son especialmente provechosas en casos de emergencia o de complicaciones postpartum.

PARA LAS RECETAS MEDICAS

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION

Indianapolis 6, Indiana, E.U.A.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

AÑO XXXVII MAYO, 1945 NUMERO 5

MAR 2 2 1946

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO



P. O. Box 3081 - San Juan, P. R.

SUMARIO

Página

Un nuevo fenómeno cardiológico observado entre los campesinos puertorriqueños, analizado a través de los llamados soplos hémicos; y una nueva teoría que da una explicación fisio-anatómica razonable de éste, José A. Amadeo, M.D., Aibonito, P. R. ---------- 161

Carcinoma of the Colon, with special reference to Carcinoma of the Right Colon, Manuel A. Astor, M.D., Santurce, P. R. ---------- 174

Algunas consideraciones sobre los conceptos filosóficos relacionados con la atención del niño, L. A. Balasquide, M.D., Ponce, P. R. ---------- 183

La lucha contra la Sífilis en Fort de France, Etienne Montestruc, M.D., La Martinica ---------- 189

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del mes ---------- 195

Reuniones de Distrito ---------- 195

Symposium sobre enfermedades de las vías biliares -- 196

National Gastroenterological Association ---------- 196

Conferencias de divulgación ---------- 196

Personales ---------- 197

Sección de la Biblioteca ---------- 199

Página del Auxilio Médico Mutuo ---------- 200

Fondo pro mejoras al Edificio ---------- 201



OBSCURIDAD...A LA CLARIDAD

Más de 1000 artículos publicados durante los últimos años en las más importantes revistas médicas del mundo, acreditan el SULFATO de BENZEDRINA como un agente de positivo valor terapéutico en el tratamiento coadyuvante, no solamente de los estados mentales depresivos, sino también como un poderoso auxiliar en la terapia del alcoholismo crónico y de la obesidad.

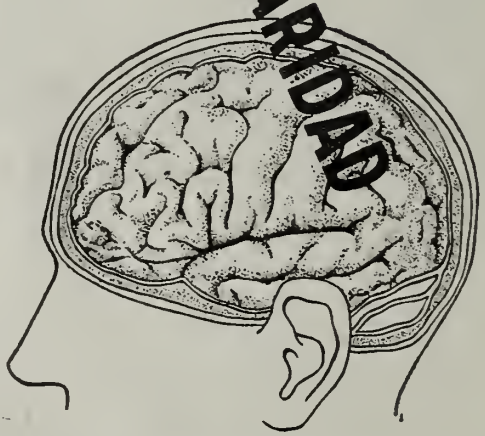
A su petición le enviaremos directamente literatura, posología y muestras sobre este producto.

EN la terapia coadyuvante de los estados de depresión mental simple, tan frecuentemente acompañados con la "fatiga crónica" (tan bien descrita por el famoso Dr. Alvarez de la Clínica de los hermanos Mayo), la profesión médica tiene en el Sulfato de Benzedrina un estimulante eficaz del sistema nervioso central, capaz de producir todos, o algunos de los siguientes efectos:

I. Aumentar la actividad mental, el interés y la accesibilidad.

II. Aumentar los sentimientos de autoseguridad, autobienestar y optimismo.

III. Estimular la acción psicomotora; aumentando la capacidad para el esfuerzo físico y mental.

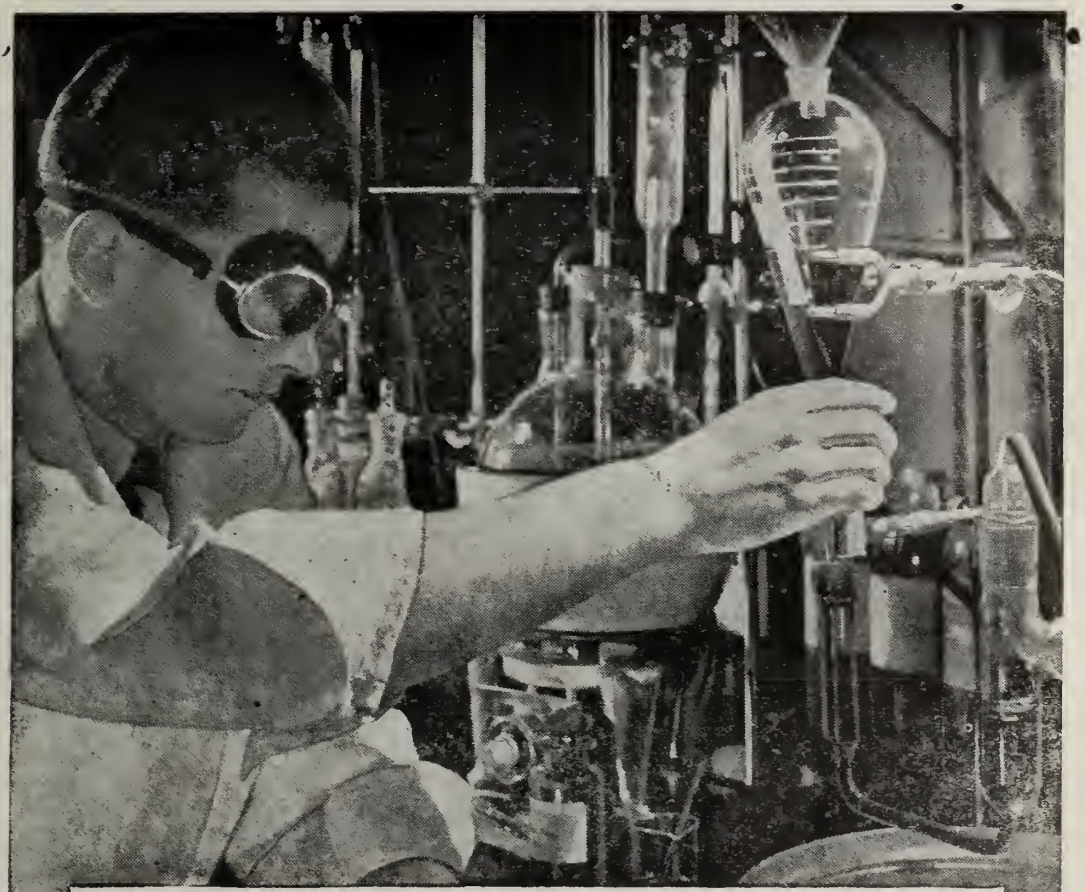


TABLETAS DE SULFATO DE BENZEDRINA

SKF 1841 1944

LABORATORIOS SMITH, KLINE & FRENCH
FILADELFIA, PA., E. U. A.

MAS DE 100 AÑOS SIRVIENDO A LA PROFESION MEDICA



se destaca por...

RIGUROSA INVESTIGACION CIENTIFICA

Como norma principal MERCK & Co., Inc., se ha impuesto, desde sus comienzos en 1818, el dedicar atención preferente a la investigación. Hoy, cientos de hombres de ciencia aportan su valiosísima labor trabajando en los Laboratorios MERCK. Como resultado, cuanto producto lleva esta marca es producto de completa confianza.

Sea usted médico, químico, farmacéutico o fabricante, escríbanos y le remitiremos información detallada sobre nuestros productos y sus precios.

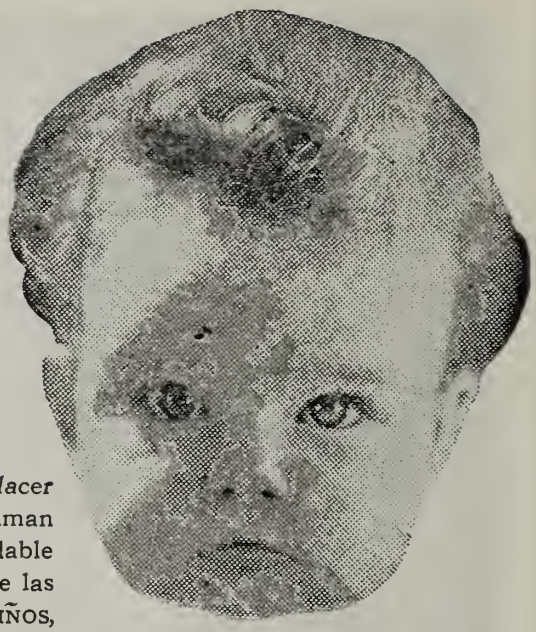
MERCK & Co., Inc.

QUIMICOS • MANUFACTUREROS

Rahway, New Jersey, Estados Unidos de América

¿Quién de sus papás deleite
y de la familia orgullo
luce cual si fuera un sol
y florece cual capullo?
Naturalmente: es su niño.

Sea de piel de Barrabás
o parezca un angelito,
estará siempre gordito
si se alimenta con CLAPP'S.



CUANDO la comida es de veras un *placer* para el niño y cuando los médicos aclaman unánimemente ese alimento por lo saludable que es, está justificada la predilección de las mamás por los ALIMENTOS CLAPP'S PARA NIÑOS, dondequiera que éstos se venden. Más de 20 años de experiencia respaldan a los fabricantes de alimentos CLAPP'S: firme garantía de que no se deja nada al azar en cuestión de nutrición para el nene.

Los médicos recomiendan particularmente el INSTANT CEREAL CLAPP'S y la AVENA INSTANT, y las mamás comparten su opinión. Porque estos finos cereales contienen vitaminas B_1 y B_2 (G) además de hierro y calcio, que tan fortalecedores son y que, por estar cocidos de antemano, son fáciles de servir.

Los ALIMENTOS COLADOS (strained) CLAPP'S son de consistencia especial: ni aguados, ni espesos. Consisten en vegetales, frutas y sopas y están *cocidos a presión* para impedir que pierdan su sabor y su valor nutritivo.

Entre las 15 variedades de ALIMENTOS CLAPP'S "JUNIOR" ofrecen platos *de combinación,* legumbres y carne, que permiten a la mamá la preparación de comidas bien equilibradas para sus niños de mayor edad, con lo cual los acostumbran a paladear diferentes sabores en la alimentación.



ACCEPTED
AMERICAN
MEDICAL
ASSN

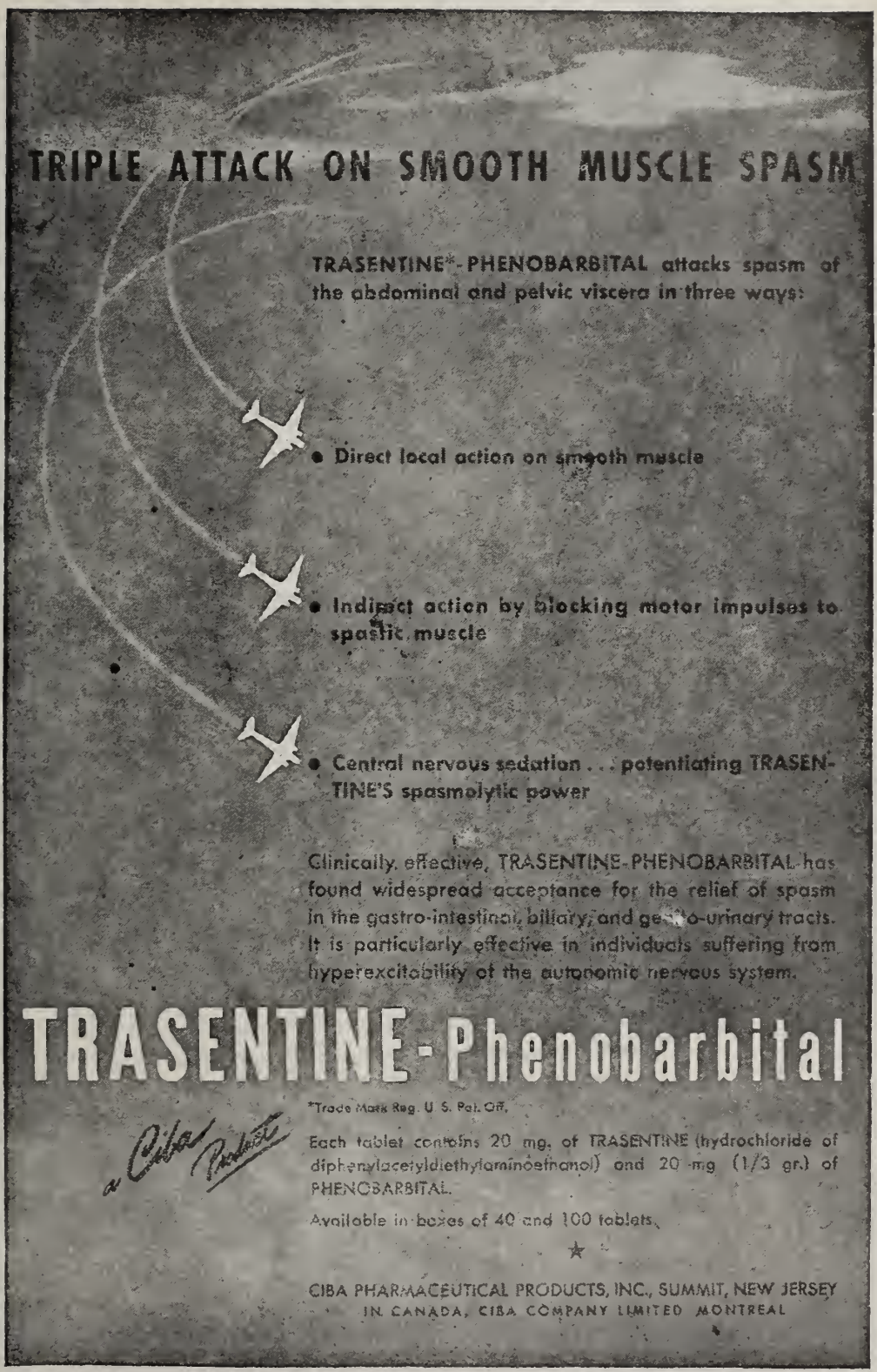
Déle ALIMENTOS CLAPP'S a su hijo
¡y note cómo se alegra!

ALIMENTOS PARA NIÑOS CLAPP'S

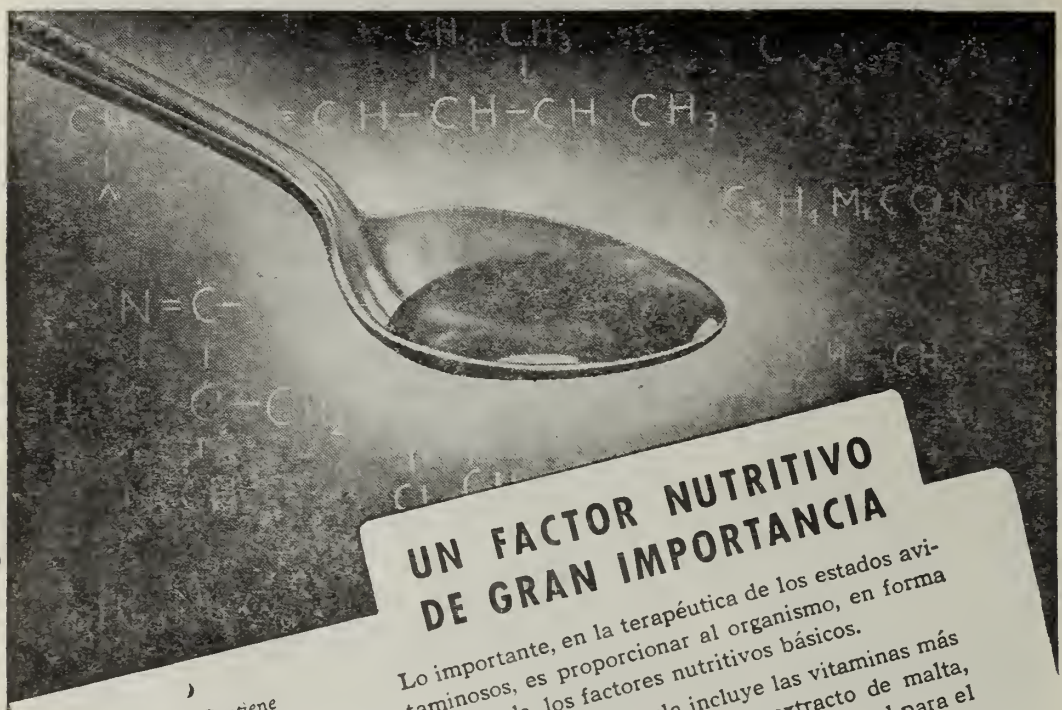
INSTANT CEREAL PRE-COOKED	INSTANT OATMEAL PRE-COOKED	STRAINED FOODS 18 VARIETIES	JUNIOR FOODS 15 VARIETIES

Distribuidores:

FRANCISCO N. CASTAGNET - Tanca 1, San Juan, P. R.



Agentes: PELEGRINA & LLORENS, INC.
Salvador Brau 70 - San Juan 17, P. R.



UN FACTOR NUTRITIVO DE GRAN IMPORTANCIA

Lo importante, en la terapéutica de los estados avitaminosos, es proporcionar al organismo, en forma equilibrada, los factores nutritivos básicos.

'Avimal,' cúya fórmula incluye las vitaminas más esenciales en la nutrición, con extracto de malta, ofrece al médico un medio seguro y racional para el tratamiento de las deficiencias vitamínicas y sirve, además, como un poderoso agente preventivo de fácil empleo tanto en adultos como en niños. Su agradable sabor asegura la cooperación del paciente, a más de ser un compuesto inalterable.

Para fines dietéticos, 'Avimal' constituye un factor nutritivo de primer orden.

'AVIMAL'—Contiene vitaminas A, D, B_1 B_2 y Nicotinamida en Extracto de Malta.
Frascos de 8 y 16 onzas.



MARCA 'AVIMAL' REGISTRADA

Preparación polivitamínica de agradable sabor

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

Agente: RAFAEL A. VILLAMIL - Apartado 530, San Juan 3, P. R.

3

PLASTULES

HEMATOGENAS



Tres PLASTULES HEMATOGENAS SIMPLES proporcionan una dosis diaria de 0.96 Gm. de hierro ferroso. Esto es suficiente para la pronta regeneración hemoglobínica en la mayoría de los casos de anemia hipocrómica.

CAMPO TERAPEUTICO DE LAS PLASTULES HEMATOGENAS:

Las anemias causadas por deficiencias nutritivas pueden corregirse económicamente con la administración de PLASTULES HEMATOGENAS y un régimen alimenticio satisfactorio.

Ciertos estados peculiares de la mujer contribuyen a que éstas sean más vulnerables que el hombre, a las anemias. La menstruación causa una pérdida constante de hierro que hay que reponer.

De igual modo, el sostenimiento y restauración de cantidades adecuadas de hemoglobina durante el embarazo, después del parto y durante la lactancia, son de suma importancia.

Durante la niñez y adolescencia la hemoglobina total aumenta de acuerdo con el crecimiento, y las reservas de hierro en el cuerpo deberán sostenerse proporcionalmente.

Las anemias causadas por pérdida de sangre (notablemente las que se presentan durante y después de las operaciones quirúrgicas) quedan influídas favorablemente con un consumo adecuado de hierro. Entre los donadores de sangre, la velocidad de la regeneración de la hemoglobina aumenta casi en un 50% y el período de restablecimiento se acorta considerablemente cuando se les administran pequeñas cantidades de hierro.

Las úlceras hemorrágicas del estómago y del conducto intestinal, las hemorroides y las hemorragias debidas a lesiones tuberculosas, a veces perjudican el cuadro sanguíneo y le presentan verdaderos obstáculos al médico.

Las PLASTULES HEMATOGENAS resultan eficaces y económicas para mejorar los estados arriba mencionados. Se toman cómodamente y son bien toleradas.

Wyeth International Limited NEW YORK, E. U. A.

RECETE

PLASTULES HEMATOGENAS

durante el embarazo, y en casos de pérdidas crónicas de sangre y de anemia hipocró

Las Plastules Hematógenas suministran hierro en estado *ferroso*, listo para absorb para la formación de hemoglobina. Están selladas herméticamente en cápsulas elás solubles de gelatina, para impedir su oxidación.



Las Plastules Hematógenas ofrecen las ventajas de un preparado ferroso moderno:

EFICACIA
COMODIDAD
TOLERANCIA

a menos costo que el de las otras formas de hierro usadas en anemias secundarias.

SON EFICACES

Las PLASTULES HEMATOGENAS ayudan al pronta restablecimienta de las niveles de hemaglabina en la anemia hipocrómica, aun en casas camplicadas par aclarhidria.

SON COMODAS

Las pequeñas PLASTULES de gelatina se taman fácilmente y se disuelven pronta en el estámago.

SON TOLERABLES

La pequeña dasis de PLASTULES HEMATOGENAS reduce las efectas desagradables de la administración de hierra par vía aral.



SE OFRECEN PLASTULES HEMATOGENAS SIMPLES O CON CONCENTRADO DE HIGADO, EN ENVASES DE 50.

DOSIS MEDIA:

PLASTULES SIMPLES:
1 PLASTULE, 3 veces al día, después de las comidas.

PLASTULES CON CONCENTRADO DE HIGADO:
2 PLASTULES, 3 veces al día, después de las comidas.

Printed in U

LA TEMPORADA DE LAS LASTIMADURAS Y TORCEDURAS



Regularmente cuando llega la Primavera, todo el mundo dedica un gran lapso de tiempo a actividades deportivas u hogareñas, que requieren el empleo constante de los músculos, y durante las cuales se producen golpes, contusiones y torceduras, que, aun cuando generalmente no sean de cuidado, son molestos y desagradables.

NUMOTIZINE

Que es tan eficaz durante los meses de invierno en los padecimientos ligeros de las vías respiratorias, es igualmente de gran valor para el alivio del dolor e inflamación producidos por actividades desacostumbradas o por lastimaduras.

Aumentando la circulasión local de la sangre y ayudando al osmosis, NUMOTIZINE presta una ayuda efectiva en el proceso reconstructivo de los músculos. NUMOTIZINE, cuando se aplica prontamente y en forma liberal en todos aquellos accidentes producidos por actividades atléticas, etc., tiene valor para aliviar la hinchazón.

El efecto de Numotizine se prolonga lo bastante para que una sola aplicación sea suficiente para toda la noche. NUMOTIZINE se suministra en tarros de cristal de 57, 114, 228; 425 y 850 gramos.

NUMOTIZINE, INC., 900 North Franklin St., Chicago 10, Illinois, E. U. A.

Muestras y literatura a disposición de los señores médicos que las soliciten de
FRANCISCO CASTAGNET
Tanca No. 1 — San Juan, P. R.

ANEMIA POR DEFICIENCIA

CAPSULAS HEMONUTRIN

Para un aumento óptimo de la hemoglobina

HIERRO

EN FORMA DE GLUCONATO

COMPLEJO B

HIGADO



COMPOSICION:	Cada Cápsula	Dosis Diaria (9 Cápsulas)
GLUCONATO FERROSO	194 mg.	1750 mg.
EXTRACTO DE HIGADO (Fracción Secundaria)	97 mg.	875 mg.
CONCENTRADO DE LEVADURA	32 mg.	292 mg.
CLORURO DE TIAMINA (B^1)	100 U.I.	900 U.I.
RIBOFLAVINA (B^2)	250 mcg.	2250 mcg.
PIRIDOXINA (B^6)	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO PANTOTENICO	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO NICOTINICO	2.5 mg.	22.5 mg.

Más el Complejo B entero contenido en el hígado y en la levadura.

Muestras clínicas y literatura se encuentran a la disposición de la profesión médica a solicitud.

Exclusive Representative:

JOAQUIN BELENDEZ SOLA

56 Tetuán St. - P.O. Box 1188

San Juan 6, Puerto Rico

NION CORPORATION

LOS ANGELES NION CALIFORNIA



UN NUEVO AVANCE EN LA TERAPIA INSULINICA

Una nueva clase de Insulina es presentada a la Profesión Médica por los Laboratorios de Investigación de Burroughs Wellcome & Co. (E.U.A.), con el descubrimiento de la Globina Insulina con Zinc. Esta preparación, después de varios años de experimentación en el laboratorio y en la clínica, ha sido encontrada como:

a) Una insulina de acción pronta y prolongada.
b) Una solución clara que asegura una dosificación exacta y uniforme, y de menor efecto alergénico.
c) Una sola inyección por las mañanas es suficiente para el control adecuado de la mayor parte de los diabéticos.
d) Su acción concuerda con las necesidades fisiológicas del paciente: es máxima durante el día y desaparece lentamente cuando es menos necesitada, esto es, cuando el paciente se entrega al sueño.
e) Elimina prácticamente las reacciones nocturnas de las insulinas de acción muy prolongada, haciendo innecesaria la alimentación en la cama.

Frascos de dosis múltiples de 10 c.c. 80 unidades por c.c.



MARCA 'WELLCOME' REGISTRADA

GLOBINA INSULINA CON ZINC

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

Agente: RAFAEL A. VILLAMIL, Apartado 530, San Juan, P. R.

CLINITEST

DETERMINA EL AZUCAR EN LA ORINA EN 3 SENCILLISIMOS PASOS:



1 5 gotas de orina *más* 10 de agua.



2 Se echa la tableta.

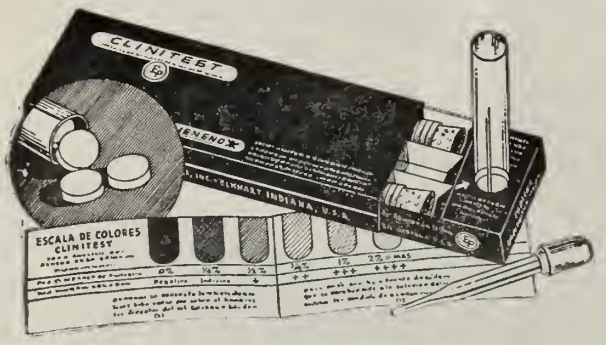


3 Se compara con la escala de colores.

Esto es todo...

y sólo se requiere un minuto!

Clinitest es el nuevo método, rápido, sencillo y económico, para determinar la proporción de azúcar en la orina. Está basado en una modificación de la conocida reacción de Benedict y conserva la progresión de los colores universalmente aceptada desde el azul hasta el verde y el anaranjado, indicativa de la presencia de azúcar en la orina en las proporciones de 0%, ¼%, ½%, ¾%, 1% y 2% o más.



Los juegos Clinitest se venden a precio muy módico, resultando en apreciable economía para cuantos necesitan recurrir a esta clase de análisis.

•

Hay juegos Clinitest de 50 tabletas y juegos de repuesto de 75 tabletas.

AMES COMPANY, INC.

Representante para Puerto Rico:

FRANCISCO GARRATON, S. en C. - Allen 85 - Apartado 1541 - San Juan



¡El sello "SR" significa Calidad Superior!

Los productos "SR", tan favorablemente conocidos, no han sufrido alteración alguna en su establecida norma de calidad, a pesar de los contratiempos ocasionados por el conflicto actual. Sugerimos que consulten siempre a nuestros agentes. ¡Están a sus órdenes!

BOLSAS DE HIELO • JERINGAS DE GOMA
BOLSAS DE AGUA CALIENTE • CATETERES
DUCHAS VAGINALES • ESPARADRAPO
ALGODON • MAMADERAS (SACA LECHE)
COJINES PARA INVALIDOS • IRRIGADORES
GASA ABSORBENTE • TUBERIA DE GOMA
PEZONES (CHUPONES) DE GOMA

FABRICANTES DE LOS GUANTES
"SR" STANDARD PARA CIRUJANOS

The SEAMLESS SR RUBBER Company
NEW HAVEN, CONNECTICUT
E. U. A.
Marca de Fábrica Registrado
FABRICANDO ARTICULOS DE GOMA DESDE 1877

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc. Salvador Brau 70, San Juan 17, P. R.

CUANDO LAS DEFICIENCIAS EMPEORAN

En casos de deficiencias agudas, el empleo de factores individuales separados de la Vitamina B es muy peligroso. Los síntomas agudos pueden desaparecer con rapidez dramática, creando así la ilusión insidiosa de una cura completa. Pero es importantísimo recordar que una manifestación aguda por deficiencia de algún factor de la Vitamina B — **por la naturaleza misma de su origen** — no puede ser otra que la advertencia absoluta de daño adicional, aun más peligroso porque sigue oculto. Sólo hay una regla segura. Cuando estén indicadas grandes dosis de algún factor específico, habrá que fortificar dicho factor con algún complemento adecuado de todo el complejo de la Vitamina B natural. Sólo así podrá la desaparición de síntomas agudos ir acompañada del arresto posiblemente aun más importante, de cambios degenerativos profundos.

Cómo Tomarlo: El Elixir Galen B Fortificado puede tomarse sin diluirlo, o puede agregarse a cualquier alimento líquido o semi-sólido. Las dosis profilácticas para adultos varían de una a dos cucharadas diariamente. Para uso terapéutico se recomienda aumentar estas cantidades al doble.



Envase: El Elixir Galen B Fortificado se envasa en frascos de 4 oz. (118.3 mil.), y 8 oz. (236.6 mil.).

Cada cucharada (15 ml.) contiene no menos de:

Clorhidrato de tiamina (Vitamina B_1)	10.0	mgs.
Riboflavina (Vitamina B_2)	2.5	mgs.
Piridoxina (Vitamina B_6)	2.25	mgs.
Niacina (Acido Nicotínico)	30.0	mgs.
Acido Pantoténico	6.0	mgs.

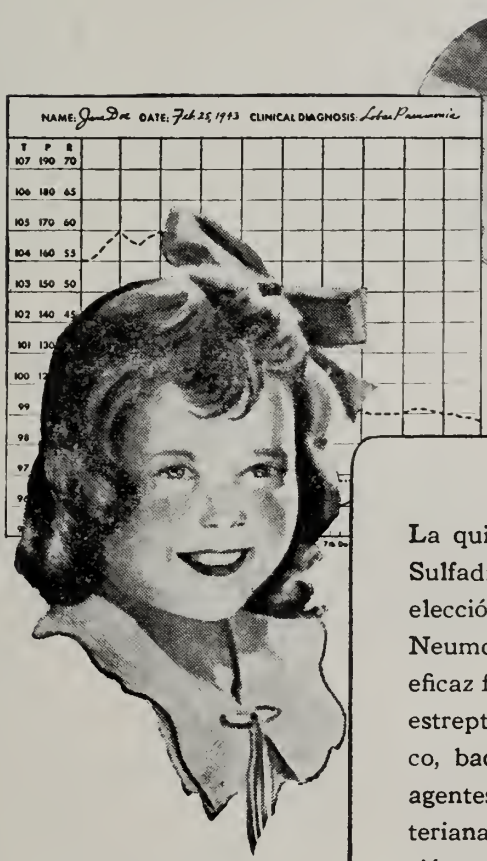
El Elixir Galen B Fortificado contiene, además. los miembros aun no separados del Complejo de la Vitamina B, tales como la Biotina, el factor Eluate, Inositol, Cholina, Acido Fólico, y el factor del Filtrado. Cada onza flúida contiene también:
Hierro (como citrato de hierro y amonio) ½ grano
Manganeso (como citrato de manganeso) ¼ grano

El Elixir Galen B Fortificado se ofrece como el concentrado más eficaz, en **Una Sola Receta,** contra serias deficiencias del Complejo de la Vitamina B. Suministra abundantes cantidades de tiamina y riboflavina. junto con los demás miembros del complejo de la Vitamina B, en suficientes cantidades para proteger contra la iniciación de complicaciones múltiples por deficiencias.

Galen Company

BERKELEY, CALIFORNIA, E. U. A.

DISTRIBUIDOR:
Rodolfo Bernal - Aptdo. 2048, San Juan, P. R.



SULFADIAZINA en la Neumonía

La quimioterapia encuentra en la Sulfadiazina el medicamento de elección en el tratamiento de la Neumonía. Su acción es igualmente eficaz frente al neumococo como al estreptococo hemolítico, estafilococo, bacilo de Friedländer y otros agentes que configuran la flora bacteriana más frecuente en esta afección.

Su rápida asimilación, alta concentración sanguínea, acción bacteriostática y gradual descenso del índice sanguíneo ponen al alcance del médico un agente de insustituible eficacia.



LEDERLE LABORATORIES DIVISIÓN DE AMERICAN CYANAMID COMPANY INC.

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, NEW YORK

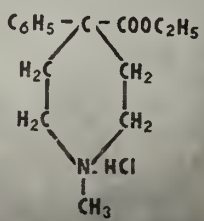
SUCURSALES Y REPRESENTANTES EN TODA LA AMÉRICA LATINA

NEW ANALGESIC · SPASMOLYTIC · SEDATIVE

For
Oral and
Intramuscular
Administration

Welcome news to a large number of physicians:
Demerol hydrochloride is now available

ethyl 1-methyl-4-phenyl-piperidine-4-carboxylate hydrochloride



THE analgesic effect of Demerol hydrochloride appears to be between that of morphine and codeine, and it persists for from three to six hours.

Demerol has many indications in medicine, surgery and obstetrics.

Supplied for oral use, tablets of 50 mg., in bottles of 25 and 100. For injection, vials of 30 cc. (50 mg. in each 1 cc.); ampuls of 2 cc. (100 mg.), in boxes of 6 and 25.

Demerol

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

HYDROCHLORIDE

Brand of MEPERIDINE HYDROCHLORIDE

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK 13, N. Y. WINDSOR, ONT

Distribuidores para Puerto Rico:
WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC. - Allen 77, San Juan, P. R.

Problema . . . .



UNA MADRE QUE NO PUEDE AMAMANTAR A SU HIJITO

WYETH INTERNATIONAL LIMITED • NEW YORK

Solución = S.M.A.

CUANDO LA MADRE NO PUEDE AMAMANTAR A SU HIJITO, S.M.A. RESUELVE EL PROBLEMA DE LA ALIMENTACION INFANTIL, PORQUE ES EL PRODUCTO QUE MAS SE APROXIMA A LA LECHE MATERNA.

● Si se diluye bien de acuerdo con las instrucciones, S.M.A. es esencialmente semejante a la leche materna, no sólo en cuanto a las proporciones de los constituyentes nutritivos sino también por sus características físicas y químicas. S.M.A. es el alimento lógico para los niños desprovistos de la leche materna. Proporciona las vitaminas A, B y D en cantidades suficientes para el régimen alimenticio normal del niño, el cual se complementa con jugo de naranja. Este método de alimentación artificial es fácil y lógico, si se consideran las ventajas excepcionales de ser satisfactorio para todos los interesados: el niño, la madre y el médico.



ACCEPTED
AMERICAN MEDICAL ASSN

Aceptado por la Junta de Alimen
de la Asociación Médica America

WYETH INTERNATIONAL LIMITED • NEW YORK, N.Y. E.

WS—1-A

Printed in U.S

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

Publicado mensualmente bajo la dirección de la Junta Editora

Año XXXVII | MAYO, 1945 | Número 5

UN NUEVO FENOMENO CARDIOLOGICO OBSERVADO ENTRE LOS CAMPESINOS PUERTORRIQUEÑOS; ANALIZADO A TRAVES DE LOS LLAMADOS SOPLOS HEMICOS; Y UNA NUEVA TEORIA QUE DA UNA EXPLICACION FISIO-ANATOMICA RAZONABLE DE ESTE

JOSE A, AMADEO, M. D.
Aibonito, P. R.

Todos sabemos que la característica médica más constante y significativa, en nuestros campesinos de altura, es su **anemia**: debido a uncinariasis y a desnutrición crónica, especialmente proteica.

Después de convivir con estos campesinos anémicos y observarlos cuidadosamente durante los últimos cuatro años, he podido comprobar clínicamente entre ellos otra característica médica, hasta ahora no mencionada en nuestra literatura, tan constante y significativa como su anemia, a saber:—**Corazones extraordinarios.**

No hay nada más extraordinario, ni que deje a uno más admirado que cuando vé por primera vez a nuestros campesinos de las montañas de Puerto Rico, con anemias aparentes, (que no necesitan hemoglobinometría para saberse que están anémicos), caminando largas distancias y subiendo cuestas fuertísimas con la mayor facilidad. Es una prueba funcional de reserva cardíaca enorme. Anemia aparente sumada a un ejercicio de esta naturaleza implica una sobrecarga tan brutal para el corazón, que uno nunca podía sospechar antes que pudiese ser tolerada tan bien por corazón alguno. Comparativamente, la prueba funcional de la pequeña escalera usada por los cardiólogos en las oficinas de las ciudades, resulta insignificante. Por lo tanto, es indiscutible que el corazón del campesino anémico de les montañas de Puerto Rico, es extraordinario en su capacidad para desarrollar reservas que le permiten conservar una eficiencia funcional asombrosa en presencia de anemias intensas. Y ésto se sigue viendo diariamente y tan amenudo, que se hace costumbre y deja de aparecer como extraordinario. Solamente así se puede explicar que en medio siglo no haya sido mencionado repetidamente en nuestra literatura médica.

Pero si uno sigue observando cuidadosamente a nuestros campesinos anémicos tan interesantes, a través de varios años, se encuentra con que sus corazones son también extraordinarios en otro aspecto cardiológico. Veamos: mientras en 1565 casos de campesinos pobres, blancos, de más de 45 años, observados en mi práctica de medicina general, durante los últimos cuatro años, no hubo un solo caso de Angina Pectoris por Coronaritis, en 453 pacientes pudientes, de la zona urbana, blancos, de más de 45 años, observados también en mi práctica de medicina general, durante los mismos cuatro años, hubo

cinco muertes por coronaritis y sus complicaciones, comprobados todos electrocardiográficamente antes de las muertes en las clínicas de Ponce y San Juan. Es necesario aclarar aquí un dato que tiende además a afectar nuestras estadísticas demográficas de muertes por enfermedades del corazón. Todos identificamos correctamente el síndrome de opresión o dolor precordial, con o sin radiación, de corta duración y provocado siempre por esfuerzo físico, mental, sexual, digestivo, etc, como Angina Pectoris. Pero algunos persisten en considerar Angina Pectoris como sinónimo de enfermdad esclerótica coronaria sin acordarse que Angina Pectoris es solamente la expresión clínica de anoxemia aguda miocardíaca, y que el músculo del corazón puede desarrollar hambre aguda de oxígeno cuando se sobrecarga por esfuerzo y avisarlo con dolor precordial cuando hay obstrucción parcial en sus coronarias y no le puede llegar la suficiente sangre adicional con el suficiente oxígeno adicional necesario (Anoxemia isquémica), lo mismo que cuando no le llega la suficiente Hemoglobina adicional con el suficiente oxígeno adicional necesario (anoxemia anémica) [1, 8, 10, 14, 15] Como no todos los corazones de estos campesinos anémicos se encuentran cuando ya han desarrollado su mecanismo compensatorio para anemia, como veremos adelante, es obvio que entre tanta anemia por mi observada, he tenido necesariamente que ver mucho dolor precordial, de poca duración, provocado por esfuerzo, pero siempre por anoxemia anémica, y nunca por anoxemia isquémica de esclerosis coronaria, y siempre desapareciendo espontáneamente y por completo el dolor al curárseles la Anemia.

Comprendo que éste es un número de casos muy limitado y que no ha sido debidamente analizado. Sin embargo, las estadísticas demográficas del Departamento de Sanidad de Puerto Rico, las únicas que existen en la Isla y a las cuales puedo aquí hacer referencia, me corroboran en parte, pues revelan que la mortalidad por enfermedades del corazón es muchísimo más baja en la zona rural que en la zona urbana. No obstante no nos ayudan mucho porque estas estadísticas engloban las muertes por todas las enfermedades del corazón, y yo hablo exclusivamente de enfermedad coronaria cardíaca, y engloban toda la zona rural de la Isla cuando hablo de una zona limitada y especial de altura en la que predomina enormemente uncinariasis y anemia.

Vemos por lo menos, que en mi humilde experiencia personal limitadísima, resaltan dos grupos de casos, clínicamente muy significativos. Uno, en el cual es raro que los pacientes desarrollen síntomas o se mueran de enfermedad esclerótica coronaria y sus complicaciones y el otro, en el cual los pacientes padecen y se mueren con frecuencia ordinaria de esta enfermedad. Al analizarlos encontramos que los dos grupos pertenecen a la misma raza— blancos puertorriqueños; son aproximadamente de la misma edad— más de 45 años; y viven en el mismo medio ambiente geográfico— 1,500 a 2,500 pies sobre el nivel del mar, en Puerto Rico. Se diferencian fundamentalmente en que un grupo es pobre, vive en la zona rural, tiene pocas letrinas, anda descalzo, padece una incidencia de infestación por uncinariasis de más de un 80%, subsiste con dieta deficiente, especialmente en proteínas y vitaminas, y tiene costumbre de amamantar prolongadamente a sus hijos, factores todos que contribuyen a hacerlos anémicos desde la infancia; mientras que el otro grupo es pudiente vive en la zona urbana, tiene facilidades para disponer higiénicamente de sus heces fecales; usa zapatos, apenas padece de uncinariasis, usa una dieta más rica y

completa, no tiene costumbre de lactar prolongadamente a sus hijos y no tiende a padecer de anemia desde la infancia.

Anemia, por lo tanto es el factor dominante y posiblemente el fundamental que aparece paradójicamente ejerciendo un efecto beneficioso en el corazón de nuestros campesinos. ¿Será que la anemia evita las esclerosis coronarias? Después que estos campesinos anémicos pasan de los 45 años de edad, no es raro y no le llama a uno especialmente la atención encontrar en ellos evidencia objetiva de cambios escleróticos en sus arterias periferales y evidencia clínica en sus arterias renales y cerebrales. Si no es rara la esclerosis en el resto del árbol arterial de nuestros campesinos anémicos después de los 45 años, es de esperarse que tampoco sea rara en ellos las esclerosis en sus arterias coronarias. Lo que pasa, por lo tanto, no es que nuestros campesinos anémicos tiendan a no padecer especialmente de coronaritis, sino que aunque padezcan de coronaritis es muy raro que manifiesten síntomas o que se mueran de coronaritis.

Vemos, pues, que de acuerdo con mi experiencia personal, el corazón de nuestros campesinos anémicos es extraordinario:

1—Por su habilidad de mantenr una función excepcionalmente eficiente en presencia de anemias intensas, con frecuencia inusitada.

2—Por su habilidad para soportar silenciosamente e impunemente las esclerosis coronarias que tienden a desarrollársele.

3—Porque es rarísimo que desarrolle las complicaciones mortales de coronaritis.

He encontrado, por lo tanto, evidencia clínica que sugiere de la manera más enfática, que existe un fenómeno cardiológico hasta ahora nunca mencionado y que resulta una paradoja enorme, a saber:

Las anemias moderadas tienden a ser beneficiosas para el corazón.

Para analizar este fenómeno nuevo, tan paradójico, sin ayuda, sin poder transportar a las montañas de Puerto Rico las facilidades necesarias de Hospital con laboratorios clínicos, electrocardiográficos y radiológicos tenía yo que encontrar un método fácil que me diera evidencia objetiva de como reacciona individualmente el corazón a su anemia, que no requiriése más instrumental que el de un estetoscopio y un hemoglobinómetro, únicos a mi alcance, y aplicarlo a un número suficientemente grande de casos anémicos, que era lo que se me sobraba.

Me encontré en la posición difícil de un soldado sin armas, como describía Pasteur al médico sin laboratorio, obligado a pelear con las uñas y los dientes como aconseja Churchill, pero ayudado y estimulado por la abundancia de material clínico, que vence los mayores inconvenientes si se observa con cuidado y se medita, según Osler.

Estudié entonces con más detención el llamado "soplo hémico" que induce la anemia. El signo físico menos apreciado, más descuidado y que se trata más despectivamente en Cardiología.[16]

La explicación fisiopatológica aceptada, es que estos llamados soplos hémicos no se producen por ningún cambio en el estado físico de la sangre que pueda inducir la anemia, y sí exclusivamente, a debilidad y dilatación del músculo cardíaco por la anoxemia que le induce la anemia.[3] Naturalmente, que al dilatarse el músculo no solamente se separan las válvulas sino que desplazan también los músculos papilares y las "cordae tendinae" no pueden es-

tirar suficientemente para permitir el cierre perfecto valvular, y se establecen estos soplos hémicos por regurgitación valvular funcional.

Como todos los soplos regurgitativos son sistólicos si la dilatación afecta las válvulas mitral o tricúspida, y diastólicos si afecta la aórtica o Pulmonar.[3-11-16] En la práctica casi siempre se desarrollan en la mitral o tricúspida y son casi siempre sistólicos. No tienen ninguna característica acústica que los identifique. En su principio, en casos de anemias moderadas, son suaves y localizados, pero cuando progresan en anemias intensas, se hace tan fuertes y ásperos y se trasmiten igual que cualquier soplo intenso orgánico. Lo único que los identifica es su asociación a los estados anémicos y la fluctuación de su intensidad en relación directa con el aumento o disminución de la anemia.

Como hemos visto, por su etiología, en vez de llamarlos soplos hémicos, lo correcto sería llamarlos soplos funcionales de anoxemia anémica miocardíaca.

Entonces, inmediatamente asumen su verdadero valor clínico, pues, son un signo objetivo importantísimo de debilidad cardíaca por anoxemia anémica y pueden por lo tanto utilizarse en casos de anemia, como índice con el cual poder determinar la mayor o menor habilidad de un corazón para soportar anemia. En otras palabras, un corazón que desarrolle soplo hémico, con poca anoxemia anémica, tiene que ser más débil que otro corazón que tolere este mismo nivel de anoxemia anémica sin desarrollar soplo hémico. De la misma manera, un corazón capaz de soportar niveles intensos de anoxemia sin desarrollar soplos hémicos, tiene necesariamente que ser un corazón excepcionalmente eficiente.

Me decidí por lo tanto a utilizar este índice de los soplos hémicos para tratar de obtener evidencia objetiva que me ayudara a robustecer o a desvirtuar mis impresiones clínicas y empecé desde hace año y medio a investigar la presencia o ausencia de soplos hémicos y a determinar el nivel de hemoglobina en pacientes con anemia aparente, pobres y de zona rural montañosa de dos años de edad en adelante.

Para eliminar soplos orgánicos regurgitativos, eliminé de la serie todo caso anémico con serología o clínica que indicara Lúes y todo caso con anamnesia sugestiva de infecciones reumáticas.

Como el corazón se dilata no solamente por anoxemia sino también y principalmente en estados tóxicos infecciosos, en Hiper o Hipotirodismo y en Beri-Beri, eliminé todo paciente anémico con fiebre, con signos y síntomas de Hiper o Hipotiroidismo y con evidencia clínica de Avitaminosis B marcada.

Para eliminar lo más posible otros soplos funcionales, no anémicos, usé siempre la posición erecta en los pacientes al examinarlos.

Para eliminar soplos cardio-pulmonares constaté en cada caso con soplo hémico, la persistencia del soplo en períodos apnéicos.

Como usé siempre la escala Tallqvist para determinar Hemog., la menos exacta, y como el poder de visión de color y el poder auditivo varían en diferentes individuos, hice personalmente en cada caso todas las determinaciones de Hemog. y todas las auscultaciones, tratando lo más posible de mantener constante todo error.

Mi serie, así obtenida, consta de 833 casos con anemia aparente, (que no necesitan Hemoglobinometría para saber que están anémicos), y de los cuales, solamente 187 o sea el 22.4% revelaron la presencia de soplos hémicos.

En otras palabras, aproximadamente

solo uno de cada cinco campesinos con anemia aparente estudiados demuestra la presencia de soplos hémicos: una incidencia bajísima comparada con lo generalmente esperado. No he podido encontrar en la literatura ningún análisis de incidencia de soplos hémicos con el cual poder comparar y solo impresiones de que estos soplos son tan frecuentes que apenas merecen comentario.[16]

Corrobora objetivamente la observación clínica mencionada al principio, de que el corazón del campesino de las montañas de Puerto Rico donde predomina enormemente uncinariasis y anemia, tiende a ser extraordinario en la gran mayoría de los casos, por su habilidad de compensar y mantenerse funcionalmente eficiente en presencia de anemias aparentes sin debilitarse, dilatarse ni desarrollar soplos hémicos.

La siguiente tabla (No. 1) demuestra la distribución de casos examinados y de casos con soplos hémicos en relación con la intensidad de su anemia:

TABLA NO. I

Grado de Anemia	*Hemog.*	*Total Casos Examinados*	*Total Casos con Soplos Hémicos*	*Incidencia de Soplos Hémicos*
Moderada	APRO-60%	320	60	18.4%
Intensa	" 50%	422	82	19.2%
Muy Intensa	" 40%	74	28	39.2%
Extrema	" 30%	17	17	100.0%

Demuestra la relación directa entre la incidencia de soplos hémicos y la intensificación de la anoxemia anémica. Como es natural, mientras más intensa la anoxemia anémica más difícil para el corazón poder compensar y con más frecuencia aparecen los soplos hémicos. El mecanismo compensatorio tiene un límite y cuando la anoxemia anémica se hace extrema y lo sobrepasa, el 100% de los corazones se debilitan, se dilatan y desarrollan soplos hémicos.

La siguiente Tabla demuestra la distribución de casos examinados y la incidencia de Soplos Hémicos entre los menores de 30 años y entre los 30 años en adelante.

El porciento de incidencia de soplos hémicos en el grupo más joven con supuestos mejores corazones, es distintivamente más alto que en el grupo más viejo con supuestos peores corazones. Prueba objetiva que nuestros campesinos de altura no heredan ni nacen con corazones extraordinarios capaces de soportar excepcionalmente la anemia, sino que sus corazones desarrollan durante su vida un mecanismo especial compensatorio para anemia.

TABLA NO. II

Edad	*Total Casos*	*Casos (Con Soplos Hémicos*	*% Positivos*
Menores de 30 años	639	158	24.7%
30 años en adelante	194	29	14.9%
TOTAL	833	187	22.4%

Nos demuestra que mientras más edad, más numerosas las oportunidades para desarrollar uncinariasis y anemia: con más frecuencia queda desarrollado el mecanismo compensatorio para anemia, y con menos frecuencia aparecen los soplos hémicos.

Vemos una prueba objetiva de que corazones más viejos, después que desarrollan mecanismo especial compensatorio, son más eficientes soportando anoxemia anémica que corazones más jóvenes que aun no hayan desarrollado este mecanismo.

La siguiente tabla demuestra la incidencia de soplos hémicos en relación con la edad y la intensidad de la anemia.

TABLA NO. III

Edad	60% Hemog.			50% Hemog.			40% Hemog.			30% Hemog.		
	Total Casos Exam	Con Sop. Hém	% †	Total Casos Exam	Con Sop. Hém	% †	Total Casos exam	(†) Con Sop. Hém.	†	Total Casos exam	(†) Con Sop. Hém.	% (†)
Menores de 30 años	244	49	20%	320	68	21%	58	24	41.3%	17	17	100%
30 años en adelante	76	11	14.4%	102	14	13.7%	16	4	25%	—	—	—
Total	320	60	18.8%	422	82	19.4%	74	28	37.8%	17	17	100%

Se mantiene constante en los dos grupos de edades, en todos los diferentes grados de intensidad de anemia, una incidencia de soplos hémicos más alta en los más jóvenes que en los más viejos. Esto corrobora y le dá más fuerza a las deducciones de la tabla No. II.

La siguiente tabla de la cual se han construído todas las anteriores, presenta los casos **estudiados distribuídos por edad, tipo de anemia y presencia o ausencia de soplos hémicos.**

TABLA NO. IV

Edad	Soplos Hémicos	Hemog. 30%	Hemog. 40%	Hemog. 50%	Hemog. 60%	Total
Menores de 10	†	11	8	8	4	31
	—	—	17	59	28	104
	Total	11	25	67	32	135
10-19	†	4	11	46	28	89
	—	—	10	136	118	264
	Total	4	21	182	146	353
20-29	†	2	5	14	17	38
	—	—	7	57	49	113
	Total	2	12	71	66	151
30 39	†	—	1	8	10	19
	—	—	5	17	29	51
	Total	—	6	25	39	70
40-49	†	—	1	3	1	5
	—	—	3	30	15	48
	Total	—	4	33	16	53
50-59	†	—	1	2	—	3
	—	—	—	27	10	37
	Total	—	1	29	10	40
60-69	†	—	1	—	—	1
	—	—	4	8	6	18
	Total	—	5	8	6	19
70 79	†	—	—	1	—	1
	—	—	—	4	3	7
	Total	—	—	5	3	8
80 y mayores	†	—	—	—	—	—
	—	—	—	2	2	4
	Total	—	—	2	2	4
Total	†	17	28	82	60	187
	—	—	46	340	260	646
	Total	17	74	422	320	833

Para establecer un contraste que ponga a relieve y haga ver más claramente toda esta evidencia objetiva, podríamos entresacar de la Tabla No. IV, por ejemplo, lo que sigue:

1—32 casos, todos jóvenes, menores de 20 años, con anemia moderada, (60% Hemog.) todos con soplos hémicos.

2—27 casos, todos jóvenes, menores de 20 años, con anemia muy intensa, (40% Hemog.), y sin embargo ninguno demostrando soplo hémico.

3—41 casos, todos viejos, mayores de 50 años, y con anemia intensa, (50% Hemog.), y sin embargo ninguno demostrando soplo hémico.

4—11 casos, todos seniles, mayores de 70 años con anemia de (50%-60% Hemog.) y ninguno revelando la presencia de soplos hémicos.

Resumiendo, podemos ver en estas tablas de una manera objetiva:

1—Que el corazón es tan sensible a la anoxemia anémica que aún corazones en el apogeo de su juventud, se debilitan, se dilatan y desarrollan soplos hémicos por la anoxemia que induce aún anemias Moderadas-60% Hemog.

2—Que la anemia obliga al corazón a desarrollar un mecanismo especial compensatorio que le permite tolerar, hasta cierto límite, la anoxemia que induce la anemia, sin debilitarse, sin dilatarse y sin desarrollar soplos hémicos.

3—Que cuando el corazón desarrolla a plenitud este mecanismo especial compensatorio, es capaz de tolerar hasta la anoxemia de anemias muy intensas (40% Hemog.) sin debilitarse, ni dilatarse, ni desarrollar soplos hémicos.

4—Que este mecanismo especial compensatorio tiene un límite y cuando la anemia se hace extrema, (30% Hemog. Aprox.), y la anoxemia anémica lo sobrepasa, todos los corazones se dilatan y desarrollan soplos hémicos.

5—Que mientras más frecuente es la anemia en un grupo de individuos, con más frecuencia se desarrolla entre ellos este mecanismo especial compensatorio que le permite al corazón tolerar sin dilatarse la anoxemia anémica, y con menos frecuencia aparecen entre ellos los soplos hémicos.

6—Que juventud no implica necesariamente mejor corazón. Corazones de más de 50 años después de haber desarrollado este mecanismo especial compensatorio para anemia, son más eficientes tolerando anoxemia anémica que corazones jóvenes, (menores de 20 o 30 años), que aún no hayan desarrollado este mecanismo.

7—Que este mecanismo especial compensatorio que induce la anemia después que se desarrolla persiste toda la vida, y el corazón se mantiene capaz de tolerar la anoxemia de las anemias que se le desarrollan al individuo en la vejez (más de 50 años) y hasta en la senectud (más de 70 años).

8—Que por inferencia, como la habilidad del corazón para tolerar la anoxemia que induce el ejercicio, por aumento metabólico en el músculo con el consiguiente aumento enorme en su demanda de oxígeno, (se calcula que el músculo cardíaco, a pesar de lo pequeño comparado con el resto de la masa del cuerpo, quema tanto oxígeno en ejercicio intenso, como el resto del cuerpo en descanso), es la base fundamental de toda prueba

funcional de reserva cardíaca. Como fisiopatológicamente hablando, anoxemia es lo importante y dá lo mismo que la anoxemia se produzca por anemia que por ejercicio o de cualquier otra manera, al extremo de que se está sustituyendo anoxemia inducida por ejercicio por anoxemia inducida por reducción en la tensión de oxígeno en el aire respirado, en pruebas electrocardiográficas de función cardíaca. [5], [6], [7], [12], [13] Por lo tanto, un corazón obligado por anemia a desarrollar este mecanismo especial compensatorio, que persiste toda la vida y que le permite soportar mejor futuras anoxemias anémicas, estará igualmente preparado para soportar mejor futuras anoxemias de esfuerzo y habrá sido transformado por anemia previa en un mejor corazón con más reserva y más capacidad funcional.

9—Que por inferencia, como fisiopatológicamente hablando es lo mismo también que la anoxemia sea anémica que isquémica (obstructiva), el mismo mecanismo especial compensatorio hace igualmente capaz al corazón de soportar anoxemia isquémica, (la que induce las esclerosis coronarias); y con este mecanismo especial persiste toda la vida, el corazón con este mecanismo especial desarrollado, se mantiene igualmente capaz de tolerar las anemias intensas que las esclerosis coronarias que se desarrollen en la edad media avanzada y en la vejez.

Hemos encontrado, por lo tanto, evidencia objetiva, directa e indirecta, de que el fenómeno cardiológico nuevo, (por no haber sido antes mencionado), que nos indicó la clínica, no solamente existe, sino que por haberlo podido analizar y entenderlo ahora mejor, ha dejado de ser una paradoja, a saber:

Las anemias moderadas tienden a ser beneficiosas para el corazón porque lo obligan a desarrollar un mecanismo compensatorio especial, que persiste toda la vida y que capacita al corazón para tolerar más eficientemente, las anoxemias que puedan desarrollarse, lo mismo por futuras anemias que por esfuerzo o por futuras esclerosis coronarias.

Nos falta ahora poder explicar fisioanatómicamente cual es la naturaleza y como se desarolla este mecanismo especial compensatorio tan favorable, cuya presencia creo haber establecido fuera de toda duda.

Se sabe [26], [27] que compensación en anemia la lleva a cabo el organismo; en parte, obligando a la Hemoglobina a liberarle al tejido una mayor proporción de su carga de oxígeno; en parte, obligando al tejido a aumentar su capacidad de utilizar oxígeno; pero principalmente, obligando al corazón a que acelere su ritmo y aumente el volumen de sangre por minuto que manda a los tejidos. Esta sobrecarga para el corazón se la alivia parcialmente, induciendo vasodilatación y al quedar reducida la viscosidad de la sangre por la anemia.

Scaramucci, un italiano del siglo XVII, nos enseñó que al revés que en el resto del sistema arterial, la sangre fluye en las arterias coronarias principalmente durante el príodo de diástole debido a la compresión que ejerce sobre los vasos coronarios, el músculo cardíaco al contraerse. También sabemos que las taquicardias se producen principalmente a expensas del período diastólico y que éste se acorta siempre desproporcionadamente más que el período sistólico. Las taquicardias, por lo tanto, favorecen una más rápida oxigenación a través de todas las demás arterias sistémicas pero no a través de las coronarias.

Para el corazón poder compensar su propia anoxemia, sobrecargada por el ritmo acelerado que se le impone para compensar la anoxemia anémica en el resto del sistema, (aunque aliviada parcialmente esta sobrecarga por vasodilatación y reducción en viscosidad sanguínea), y sin poder utilizar, favorablemente por lo menos, este ritmo acelerado en aumentar su propia oxigenación, tiene necesariamente que proveerse de algo adicional que aumente el volumen de sangre por minuto que le llegue a sus fibras musculares.

Según Wearn, en los corazones adultos hay una proporción casi perfecta de una capilar por cada fibra muscular. Esto representa un promedio aproximado de 3,342 capilares por milímetro cuadrado de músculo cardíaco y el doble que en los músculos esqueletales.[22] Naturalmente que cualquier mejoramiento compensatorio en la vascularidad del tejido cardíaco hay que buscarla más bien en el sistema arterial coronario que suple esta red capilar prodigiosa que envuelve las fibras musculares del corazón.

Ya no se considera que el sistema arterial coronario es un sistema de arterias terminales. La página 549 de la Anatomía de Gray —vigésimocuarta edición— lee como sigue "Hay una anastomosis extensa entre los pequeños ramales de las dos arterias coronarias en la substancia muscular del corazón". Además de estas anastomosis extensas intercoronarias, las arterias coronarias se comunican con arterias extracardíacas y con la cavidad ventricular a través de los vasos arterio-luminales y arterio-sinusoidales.[22], [4] Goldsmith y Butler[21] demuestran que en los vertebrados altos la circulación intertrabecular o de Thebesius es la primitiva y es la que funciona en el feto antes de que se desarrolle la circulación Coronaria, y que una parte de estos vasos de Thebesius se incorporan permanentemente en el sistema arterial coronario, mientras otra parte de los vasos permanece como conexiones entre el sistema coronario cardíaco y las cavidades internas del corazón. Las venas de Thebesius drenan los espacios capilares, directamente dentro de las cavidades internas del corazón, y por circulación retrógrada podrían también contribuir a su nutrición.

Como hemos visto en el sentido anatómico, las arterias coronarias no son arterias terminales. Sin embargo, todo este vasto sistema de vasos colaterales existen solamente como anastomosis potenciales impermeables, y en el sentido fisiológico, las arterias coronarias siguen siendo arterias terminales[23] imperfectas, que al obliterarse agudamente, producen infartos del músculo.

Blumgart, Schlesinger y Davis[19] demuestran que en los corazones normales no se encuentran anastomosis intercoronarias mayores de 40 micras en diámetro, pero que son muy numerosos estos vasos con menos de 40 micras y que pueden demostrarse únicamente si se inyectan con soluciones acuosas de muy baja viscosidad, En otras palabras, estas comunicaciones intercoronarias en corazones normales resultan demasiado pequeñas para tener significado funcional con la viscosidad de la sangre normal. Por el contrario, en corazones con obstrucciones escleróticas de las arterias coronarias demuestran un desarrollo muy extenso de estas anastomosis intercoronarias, que alcanzan diámetros de 40 a 200 micras, con facultad funcional perfecta ya que pueden inyectarse con una masa de agar y plomo, probando que la circulación anastomótica coronaria se desarrolla cuando y donde es necesaria. Demuestran además, por estudio comparativo clínico-patológico, que si la oclusión de una arteria coronaria ocurre gradualmente durante meses o años, con el desarrollo concomitante de una circulación anastomó-

tica eficiente, no se produce ningún síntoma o signo físico, el riego sanguíneo del corazón se mantiene adecuado para soportar las actividades ordinarias de la vida; y no se establecen huellas patológicas demostrables en el miocardio. **Concluyen enfatizando el significado compensatorio extraordinario de la circulación colateral a través de anastomosis intercoronarias en áreas isquémicas localizadas,**

Hasta ahora esta circulación colateral coronaria tan importante ha sido demostrada, tanto experimentalmente en perros como en autopsias, siempre y exclusivamente asociada a obstrucción crónica coronaria.[19, 20, 24] Se cree hasta ahora, por lo tanto, que el aumento en presión inducido por obstrucción crónica en el circuito coronario es el único factor responsable y el único capaz de forzar dilatación e iniciar circulación en estos pequeños vasos anastomóticos, antes no permeables.

En anemias no se desarrolla ningún aumento de presión en el circuito coronario, pero como la anemia reduce considerablemente la viscosidad de la sangre y la anoxemia anémica induce vasodilatación, y en dinámica circulatoria la suma de estos dos factores, vasodilatación más baja viscosidad, pueden compensar con creces la falta de un aumento moderado en presión, tenemos que concluir:

1—Que no es necesario como se creía hasta ahora, el que se establezcan obstrucciones crónicas coronarias para que a través de aumento en presión puedan dilatarse, desarrollarse y asumir función los vasos colaterales anastomóticos coronarios.

2—Que las anemias por sí solas, con la presión ordinaria en el circuito coronario, ayudadas por la baja viscosidad y la vasodilatación que ellas inducen, son igualmente capaces de hacerlo.

3—Que esta capacidad de las anemias de establecer función en las colaterales anastomóticas, facultativamente funcionales, del sistema circulatorio coronario, (sin limitación a una área isquémica y a vasos intercoronarios exclusivamente como lo hacen las obstrucciones crónicas, sino en todo el corazón e incluyendo todo los vasos colaterales, extra-cardíacos, arterio-luminales y arterio-sinusoidales además de los intercoronarios, con el significado compensatorio enorme que esto implica), constituye la naturaleza fisio-anatómica del mecanismo compensatorio tan favorable que induce la anemia en el corazón.

Además, todos sabemos lo celosamente que el organismo se defiende de anoxemia y los numerosos mecanismos compensatorios que es capaz de poner en juego para conseguirlo. Si en anoxemia de alturas, (más de 5,000 pies), es capaz de obligar el sistema hematopoyético a producir hiperglobemia o hiperhemoglobinemia; si en desnutrición proteica cuando se añade anemia, es capaz, según lo demuestra Whipple[34] experimentalmente en perros, de alterar el metabolismo proteico y dedicarlo preferentemente a la fabricación de Hemog., utilizando la poca proteína que se ingiere primero y preferentemente para manufacturar Hemog., antes de sero-albúminas, a costo de sacrificar el poder osmótico de la sangre e inducir edemas; si en anoxemia anémica, como dijimos antes, es capaz de alterar el sistema de fermentos oxidativos y obligar a la Hemog. a liberarle al tejido mayor cantidad de su carga de oxígeno y al tejido a utilizar mejor el oxígeno que se libera: nada tendría de particular y sería más bien de esperarse, que en presencia de anoxemia anémica, el organismo estimulara directamente e indu-

jera el desarrollo y crecimiento de los vasos colaterales anastomóticos del sistema coronario para así darle al corazón, una compensación adicional, al mejorar su vascularidad. Hay además gran posibilidad anatómica de que ésto pueda ocurrir, pues según Goldsmith y Butler[21], el sistema circulatorio coronario aparece relativamente tarde y se desarrolla por yemas en vez de por coalescencia de espacios intercelulares y por lo tanto, capaz de poder ser estimulado a mayor crecimiento y desarrollo, especialmente en los jóvenes.

Habiendo identificado un nuevo fenómeno cardiológico, analizado su naturaleza, y deducido su más probable explicación fisio-anatómica, nos creemos justificados en atrevernos a proponer nuestra nueva teoría, a saber:

> **Las anemias moderadas son beneficiosas para el corazón, porque son capaces de transformar permanentemente su sistema circulatorio arterial coronario: de uno, tan imperfecto, susceptible, peligroso y de baja reserva como el que constituye normalmente su tipo de arterias terminales, en sentido fisiológico; en otro, con anastomosis colateral completa y perfecta, no susceptible, bien resguardado, no peligroso y de mucha mayor reserva.**

Que la naturaleza, sapiencia suprema, prefiere el método inocuo de anemia, al peligrosísimo de obstrucción crónica coronaria para desarrollar estas facultades funcionales en sus colaterales Anastomóticas y perfeccionar el sistema circulatorio coronario, de un órgano tan vital como el corazón, y con quien fué tan pródiga en su vascularidad capilar; lo demuestra, el que ella nos dá en la infancia, un período de anemia fisiológica cuando se prolonga la lactancia exclusiva después de los seis meses. Y mientras los pediatras modernos se ufanan en eliminar con sus métodos cada vez más adelantados de alimentación suplementaria, esta anemia fisiológica de la infancia; los cirujanos se afanan cada vez más por desarrollar métodos quirúrgicos, no importa los heroícos,— [28],[29],[30],[31], [32], implantación del pectoral mínimo en el corazón, implantación del omentum a través del diafragma en el corazón, y mediastino — pericarditis adhesivos artificiales, — en un intento muy meritorio por poder suplir al corazón con nueva vascularidad, en los demás de 40 años. En cuanto a estos métodos quirúrgicos, Marvin[33] le decía a los miembros de la Academia de Medicina de New York, en febrero 1941, que la cardio-omentopexia y las implantaciones del pectoral no habían probado ser de valor alguno y creía serían totalmente abandonados, pero que el método de Brauer de mediastino-pericarditis adhesiva, había ayudado a unos pocos casos y no podía todavía ser descartado por completo.

Mi esperanza es que llegue algún día en que nos podamos sentir todos plenamente justificados en cooperar con la naturaleza en su método inocuo favorito, y podamos descartar todos los métodos heroicos quirúrgicos, no por imperfectos y sí por innecesarios.

White, al final de su libro clásico sobre enfermedades del corazón,[3] añade un apéndice de preguntas cardiológicas que están pendientes de contestación. La número 105, en la página 885, lee como sigue; "¿Porqué Angina Pectoris es tan rara en los negros?" Esto, a pesar de la incidencia muchísimo más alta de sífilis que sufren los negros comparados con los blancos en Estados Unidos. Entre estos negros americanos también hay mucha pobreza, mucha avitaminosis y desnutrición proteica, mucha uncinariasis (en el Sur), y tienen también costumbre de amamantar prolongadamente a sus hijos. La Ane-

mia, por lo tanto, puede también haber mejorado en ellos sus sistemas circulatorios coronarios al extremo, que al llegar a la edad media avanzada, son también capaces, como los campesinos puertorriqueños, de soportar sus aortitis y coronaritis sin sufrir anoxemia cardíaca y sin Angina Pectoris.

Naturalmente que en la parte de este trabajo que concierne a la nueva teoría mi único intento es el de tratar de desarrollarla y proponerla y no de cometer el ridículo de pretender que haya quedado ya establecida o de que pueda tener aún, la más mínima aplicación. Represento simplemente, un humilde escucha, cuyos medios —material clínico abundantísimo, un estetoscopio y un hemoglobinómetro— solamente le han permitido explorar un poco, observar, meditar e informar. Toca ahora a los centros de investigación movilizar sus facilidades envidiables para ver si es posible demostrar experimentalmente en perros, preparados por anemia, y en autopsias entre nuestros campesinos anémicos, que incluyan estudio especial del corazón con inyecciones del sistema coronario, la presencia de este super-sistema circulatorio coronario inducido por anemia,

La comprobación de esta teoría representaría la verdadera contribución valiosa para la humanidad ya que únicamente una confirmación absoluta haría permisible su aplicación, y ésta ofrece, especialmente en su aspecto profiláctico, grandes posibilidades. Si malarioterapia hizo época, anemioterapia quizás podría también llegar a hacerla. En cuanto a enunciarla .... ¿Se estarán riendo de mí nuestros antecesores barberos, por atreverme a llamar nuevo a todo ésto, o serán sus risas de satisfacción por atreverme a sugerir que quizás fueron más médicos que barberos?

REFERENCIAS

1—Anemia as the cause of Angina Pectoris in the presence of healthy coronary arteries and aorta. (Elliot) Am. J, Med. Sc. 187: 185; 1934.

2—Mortalidad cardíaca en Puerto Rico comparada con la de Estados Unidos continentales, según las estadísticas demográficas. (M, de la Pila) por publicarse, Puerto Rico Journal of P. H. and Trop. Med.

3—Paul D. White.— Heart Diseases— Mac Millan Co., N. Y. 1931.

4—Best and Taylor.— The Physiological Basis of Medical Practice— 2nd. edition— Williams and Wilkins Co.— 1940.

5—Production of Angina Syndrome by induced anoxemia. (Rotschild an Kissin), Amer. Heart J. 8: 729; 1933.

6—Electrocardiographic response to gradually induced oxigen defficiency. Response of normal Heart in various ages groups. (May) Am. Heart J. 17: 655; 1939.

7—Anemia and Anoxemia of cardiac muscle; experimental study of problems of Angina Pectoris (K. Paschkis) Wien. Arch. Finn. Med. 28; 447; 1936.

8—Insuficiencia coronaria y sindrome cardiovascular en las Anemias (Dassen y Parodi) Rev. Arg. de Cardiología 3: 136: 1936.

9—Uber Angina Pectoris Probleme (Hauser and Scher) F. Klin. Med. 126: 166; 1933.

10—Nuove Considerazioni intorno alla teoría coronaria dell angina pectoris (Laufer) Cuore e Circulazione 18: 634; 1934.

11—Dyspnea and murmurs in anemics (P. Chevalier) J. Med. Franc. 26: 418; Dec. 1937.

12—The effect of generalized anoxemia on the electrocardiogram of the normal subject (Katz Hamburger and Schutz) Amer, Heart J. 9: 771; 1934.

13—Effect of induced oygen want in patients with cardiac pain. (Levy, Barach and Bruen) Amer. Heart J. 15: 187; 1938.

14—Angina Pectoris not a disease entity, but syndrome of cardiac ischemia. (S. Dietrich) Med. Welt. 7: 42; Jan. 33.

15—Angina Pectoris. A. Syndrome caused by anoxemia of the myocardium. (Keefer and Resnik) Arch. Int. Med. 51: 769: 1938.

16—Functional Diastolic Murmurs and cardiac enlargement in severe anemias (B. Goldstein and E. P. Boas) Arch. Int. Med. 39: 226; 1927.

17—Insuficiencia coronaria (Dominguez Sharer and Pietrafesa) El dia Medico — Mayo 1940— No. 3.

18—Enfermedades de las arterias coronarias en Puerto Rico. (R. Suarez) Bol. Aso. Med. de Puerto Rico. 33: 173; Mayo 1941.

19—Relation of Clinical Manifestation of Angina Pectoris and myocardial infarction to pathologic findings with particular reference to significance of collateral circulation.

(Blumgart H. L., Schlesinger M. J. and Davis D.) Amer. Heart J. 19: 190; Jan. 40.

20—Dynamics of collateral circulation following chronic occlusion of coronary arteries Mautz F. R. and Gregg D. E.) Proc Soc. Exper. Biol. and Med. 36: 797 June 1937.

21—Development of cardiac coronary circulatory system (Goldsmith J. B. and Butler H. W.) Am. J. Anat. 60 185; Jan 1937.

22—Morphologic alterations of coronary circulation — Harvey Lecture — (Wearn) Bull. N. Y. Academy Med. 17: 754; 1941.

23—Anatomy and structural Unit of the Heart (Robb J. S. and Robb R. C.) Amer. Heart J. 23: 455; April 1942.

24—Two cases of ostial obliteration of coronary arteries in Syphilitic aortitis; compensatory irrigation of myocardium (Porto J.) Presse Med. 47: 1534; Nov 1939.

25—Functional pathology of anemia; restoration, compensation, tolerance and failure (Lambie C.) M. J. Australia 2: 378; Sept. 1938.

26—Pathologic Physiology of Infernal Diseases — Hewlett — 3rd. Edition — Appleton.

27—Resting peripheral blood flow in the anemic state (Abramson, Fierst and Flachs) Amer. Heart J. 25: 609; May 1943.

28—Surgical treatment of coronary disease (development of collateral blood supply) (Ochsner A. and De Bakey M.) Surgery 2: 428; Sept. 1937.

29—Reestablishment of cardiac circulation by means of graft of vital pectoralis minimus after coronary ligation; experimental study. (Grassi A.) Arch. Ital. di chir. 47: 234; 1937.

30—Coronary sclerosis and Angina Pectoris; treatment by grafting new blood supply upon myocardium. (Beck C. S.) Surg. Gynec. and Obst. 64: 270 Feb. 1937.

31—Cardio-omentopexy in therapy of ischemia due to coronaritis. (Heim de Balsac) Bull et mem. Soc. de Med. de Paris. 43: 60; Jan. 1938.

32—Surgical Therapy of Angina Pectoris by revascularization of myocardium; methods. (Berand M.) Press. Méd. 46: 173; Feb. 38.

33—Newer surgery of the Heart and large vessels; medical aspect. (Marvin H. M.) Bull. N. Y. Acad. of Medicine. 17: 737; Oct. 41.

34—Hemoglobin and Plasma Proteins: Their production, utilization and interrelation. (Whipple G. H.) Ame. J. of Med. Sc. 203: 477; April 1942.

CARCINOMA OF THE COLON, WITH SPECIAL REFERENCE TO CARCINOMA OF THE RIGHT COLON*

MANUEL A. ASTOR, M. D.
Santurce, P. R.

The colon can be considered to be made up of two halves, right and left, which are different embryologically, physiologically and have also a different blood supply.

The right half comprising the cecum, ascending colon and hepatic flexure, is derived from the midgut and is supplied by the superior mesenteric artery which branches off into the midd e and right colic arteries. The right colic gives off the ileocolic artery which supplies the terminal six inches of ileum. Its function is mainly absorption of its liquid contents.

The left half comprising the splenic flexure, descending colon and rectosigmoid is derived from the hind-gut. It is supplied by the inferior mesenteric artery which branches off into the left colic and sigmoidal branches and its function is mainly storage and excretion.

Although the origin of carcinoma is obscure no matter where it occurs, nevertheless, according to many investigators, such as Berdenheuer, Dukes, Schmiden, Rankin, etc., cancer of the colon may be the result of malignant changes of adenomata, especially in those places of the bowel which are more exposed to chronic irritation. Thus we find that carcinoma is most frequent in the pelvic colon, where masses of hard feces collect, and in the cecum and ascending colon, where there is more stasis and bacteria than in the transverse and descending colon. The proportion is usually 1:2 in the cecum as compared to the sigmoid. Graham (1926) found that carcinoma of the colon, if the rectum is included, is as frequent as carcinoma of the stomach. (Wakely 1942) calls the attention to the fact that the colon is relatively immoble and is swamming with bacteria as compared to the small intestine, and that cancer is rare in the small intestine and frequent in the colon. Also, although he does not give a satisfactory explanation, he reminds us of the fact that the chemical reaction of the fecal contents is from alkaline in the small gut to acid in the colon as in the stomach, the two ends in the alimentary tract where carcinoma is common.

There is the theory of Bergen, et al, who believe in a potentially malignant state of the bowel. They believe that there is a formation of large encapsulated lymph fol icles around the bowel vessels in the submucosa with associated secondary changes in the overlying epithelium. The malignant change is supposed to begin in the epithelial cells which are buried in the submucosal layer by the growth of the surrounding lymph follicles or in the epithelial cells which are seggregated as polyps.

Some believe that there is a familial predisposition for the disease.

There is a decided difference in type of tumors, symptomatology and operative risk according to which side of the colon the growth is in. The sites where carcinoma is more frequent according to different

* Presented before the San Juan District Medical Society, May 29, 1945.

investigators are in descending order of frequency:

Rectosigmoid
Cecum
Ascending colon
Transverse colon
Descending colon
Hepatic flexure, and
Splenic flexure

Browne reported 91 growths of the sigmoids and 22 of the cecum. Judd, from the Mayo Clinic, in a study of 625 cases found: Sigmoid 292; Cecum and ascending colon 159; transverse 75; descending 46; hepatic flexure 29; splenic flexure 24. Ochsner and Debakey made a rough classification and say that ½ of the tumors occur in the right colon and 2/3 in the left colon.

Hurst in 1939, combining the results of different American, British and Continental European surgeons give the following table:

Large Intestine, excluding Rectum			Rectum excluding rest of large intestine	Whole of the colon including rectum
Cecum	15	25		
Ascending colon	10			
Hepatic flexure	5			
Transverse colon	5	50		25
Splenix flexure	10			
Descending and iliac colon	5			
Pelvic colon		50		25
Pelvic rectal flexure			65	
Ampulla of rectum			30	50
Anal canal			5	
TOTAL		100	100	100

Wilkie in 1939, in a study of 243 cases found:

Cecum	17	48
Ascending colon	31	
Hepatic flexure	5	
Transverse colon	23	
Splenic flexure	12	
Descending colon	20	
Pelvic colon	135	

Allen and Welch in 1939, in a study of 634 cases found the following:

Cecum and ascending colon	25.5%
Transverse colon	11 %
Splenic flexure and descending colon	9.6%
Sigmoid colon	53.9%

As many tumors occur at the level of the junction of the cecum and ascending colon, some classify them indistinctly as tumors of one or the other region, thus bringing some confusion. We believe that the more accurate procedure would be not to make any distinction and classify them

as tumors of the cecum and ascending colon.

Pathology

Maingot classifies the growths in three main types:

(a) Soft medullary carcinoma growing to a very large size with extensive ulceration.
(b) Fibrous type in which constriction predominates and there may be little ulceration.
(c) Colloid carcinoma in which the epithelial cells secrete a mucoid material.

In the right colon we usually find the soft medullary carcinoma which grows to a large size and towards the lumen of the bowel, ulcerates and metastasizes late, with little tendency to cause obstruction, due to the way it grows, to the liquid nature of the feces and to the larger lumen of the bowel at this level. In the left side we usally find the fibrous type which tends to grow towards the periphery of the bowel wall, causing constriction of same which together with the hard nature of the feces at this level causes early obstruction. This type usually metastasizes earlier than the other type, and ulceration occurs rather late.

The colloid type can appear anywhere along the entire length of the colon, it is characterized by the large amount of mucoid material. Rankin found that about 5% of all the tumors of the colon are of the colloid type.

Carcinoma of the colon spreads like carcinoma in any other region:

(a) By direct invasion of the neighboring tissues.
(b) By way of the lymphatic system.
(c) By way of the blood stream.

The growth tends to spread more usually to the neighboring tissues and rather at right angles than longitudinally. This peculiarity makes it more amenable to treatment as it tends to keep it circumscribed for a longer time in the vicinity of the point of origin.

Carcinoma of the colon is relatively of low malignancy. Rankin and Johnston found that 66% of tumors of the right colon and 75% of those of the left colon would come in the Broder's classification of types I or II. The soft medullary carcinoma usually grows to a large size and has a fungoid appearance. It produces contractions of the stroma of the bowel wall with areas of inflammation, which causes a distortion of the bowel with secondary chronic obstruction and stasis. As a result, perforation with abscess formation or general peritonitis or fistula formation may occur.

Due to the stasis of the liquid feces in the right colon, the suppuration and bleeding of the large ulcerating mass with the concomitant abundant growth of bacteria and formation of large amounts of toxins, these toxins are absorbed by the patient producing a deep anemia which at times is the first symptom of the disease.

Invasion of the lymphatic system is comparatively late and in about 40% of the cases, according to Maingot, it never occurs at all.

Metastases occur usually late and they are usually first to the regional lymphatics, then to the liver. There may be metastases to distant regions of the body without any metastases in the vicinity of the growth. Coller, Kay and MacIntyre found metastases in 60% of cases of carcinoma of the colon. Bockus found that the tendency to metastasis is greater in the rectosigmoid and least in the cecum. He claims that the presence of metastasis is influenced mainly by the grade of malignancy but the

younger the patient, the quicker the symptoms become aggravated and if the lesion is sessile the tendency to metastasize is more marked.

Ochsner and Debakey found that the colloid adenocarcinoma of the cecum metastasizes 2½ times more than the non-colloid type.

There is some divergence of opinion as to the amount of lymphatic supply in the right colon in comparison with the left colon and also in the quickness of the lymphatic spread in the right colon in comparison with the left colon.

According to Wilkie (Maingot) the lymphatic supply of the right colon is larger than that of the left colon and its involvement is earlier and more extensive than that of the left colon; nevertheless, radical surgery of the left colon is less encouraging that that of the right colon.

William Boyd (Surgical Pathology, 1943) says that the lymphatic spread is commoner and earlier in carcinoma of the cecum than in carcinoma of the left colon, as the cecum which is more concerned with absorption is better supplied with lymphatics.

Ochsner (Nelson's Surgery, p. 219B, Vol. V.) says that metastasis occur relatively late in the right half of the colon, probably partly due to the fact that the tumors are more benign in this location and probably due to the fact that the lymphatics are less well developed in the right side.

Kassner (Human Pathology, 1942) says that probably due to lymphatic drainage carcinoma of the rectum and sigmoid are more likely to metastasize than those of the right colon.

Perkham (Jour. Amer. Surg. 77:90, 1923) found that of 72 cases of carcinoma of the cecum and ascending colon 22% were of the colloid variety, yet of 265 cases of the transverse colon only 7% were colloid and in 138 cases of sigmoid carcinoma only 4% were colloid.

Age Incidence

Carcinoma of the colon usually makes its appearance after the age of 40, but it may occur in the young. Miller found that 15% of his cases were under 35 years of age. The younger the individual the more malignant the growth will be, and the less the chance of recovery.

Sex

Maingot and Bockus found that carcinoma of the colon is twice as frequently in males as in females.

The Metropolitan Life Insurance Company report 11.7 per 100,000 females to 10.2 males.

Diagnosis

The onset of the disease is usually insidious and for this reason usually the disease is not diagnosed until it is far advanced. Most patients do not seek for advise until one year or even 18 months after the first symptoms were noticed, especially if it is a right sided lesion, as in left sided lesions symptoms of obstruction appear usually early and these bring the patient sooner to the physician. In the right sided lesion, especially if it is below the ileocecal valve, it may grow to a very large size without any symptoms of obstruction. Occasionally a palpable tumor in the right lower quadrant usually diagnosed as an appendiceal abscess due to pain and tenderness secondary to infection in the ulcerating mass, has been the first indication of the disease.

At times intense anemia apparently of

a pernicious type, although blood examination does not show the typical findings of pernicious anemia, has been the first sign of the disease.

When located in the left colon a palpable tumor may also be the first sign of the disease.

In the right sided lesion the usual symptoms are mild dyspepsia accompanied by pain in the right side of the abdomen and borborygmi. There is frequently diarrhea, although the stools may be normal. A tumor mass may be palpated in the right flank and marked anemia and general weakness are always present. The patient has a sallow, toxic appearance. Frequently he suffers from anorexia and very marked loss of weight. There is usually blood and pus in the stools.

The anemia, general weakness and toxic appearance are not usually due to marked loss of blood from the tumor, as not much blood is lost, but they are due to the fact that the decomposed blood from the fungating mass together with the pus and bacteria and liquid contents of the right colon are absorbed into the blood stream because of the fact that the function of the right colon is that of absorption. Also the natural toxins of the tumor itself are absorbed with the products of decomposition to aggravate the picture.

When the lesion is in the left colon there is frequently diarrhea alternating with constipation, which gets worse and needs cathartics as the growth becomes larger and gradually constricts the lumen of the bowel until finally complete obstruction comes on, sometimes gradually, sometimes rather suddenly. Blood is not usually found in the stools as in this type of lesion ulceration occurs late or does not occur at all. This sequence of events occurs due to the annular way of growing of the lesion and also to the solid feces found proximal to the lesion. Normal stools may be found if there is enough colon distal to the tumor.

Carcinoma of the colon should always be suspected in a patient of over 40 years of age who has had a change in the bowel habits which at times he himself passes unnoticed. Later when the growth becomes larger there may be periods of loose movements alternating with constipation. If the mass is in the right side and the patient has lost plenty of weight it can usually be palpated, but it is not so easy when the mass is situated somewhere else, especially in the splenic flexure. X-ray studies by means of the barium enema and the sigmoidoscopic examination in cases of lesions of the sigmoidorectal junction, are invaluable aids in the diagnosis of carcinoma of the colon.

Barium should never be given by mouth where there is a possibility of obstruction, because this may be precipitated by the barium coming down against the lesion. Also barium enema should never be given under pressure because of the danger of perforation at the site of the tumor.

If the X-ray studies do not give any evidence of malignancy but the clinical aspect of the case points to malignancy continue suspecting malignancy and act accordingly. When subsequently positive proof of malignancy is found you will consider yourself justified in following this line of thinking.

With the sigmoidoscope the lesion can be diagnosed directly or indirectly, that is, if the lesion is within reach of the sigmoidoscope it can be seen and at times a section can even be removed for biopsy. If the lesion is not within reach of the sigmoidoscope, Jones found that when a patient has a lesion higher up than the sigmoidoscope can reach, the patient has

symptoms of colitis and the sigmoidoscope will reveal normal mucosa of the upper rectum and sigmoid and there is blood and mucus coming from higher up. If the case is simply colitis the mucosa of the rectum is always involved.

Differential diagnosis

The following conditions have to be considered in the differential diagnosis of carcinoma of the cecum and ascending colon.

1. Appendiceal abscess.
2. Chronic appendicitis.
3. Intestinal tuberculosis.
4. Ileocecal intussusception.
5. Mesenteric adenitis.
6. Ileocolitis.
7. Terminal regional enteritis.
8. Abdominal tumors, like mesenteric cysts or retroperitoneal cysts.
9. Fecal impaction in the aged.

Prognosis

Carcinoma of the colon accounts for 11% of all deaths from carcinoma in the United States.

In older patients, although not too old and cachectic the lesion is usually more circumscribed and of a slower rate of growth. Also this kind of patients are usually not obese an intra-abdominal manipulations are easier.

Whether the patient is seen before or after obstruction has appeared, has a great bearing in the prognosis. Those that come in with obstruction stand a poorer chance than those that come without obstruction.

Rankin has found five year cures in 62% in growths which projected into the lumen of the bowel, that is, right sided lesions and only 41% in those that extended towards the periphery, that is, left sided lesions.

Pemberton and Dixon in a series of 1920 cases at the Mayo Clinic found 5 year cures to be as follows:

Cecum — 51.8%
Ascending, transverse and descending colon — 48.9%
Sigmoid — 40.6%
Rectosigmoid — 36.9%

From the study of these percentages we can see that the chances for a five year cure diminish as we advance from the cecum towards the rectum.

The right colon is more roomy than the left, the contents are more liquid, and the blood supply is more abundant than in the left. These facts make the operation safer in the right side as the suture line is in less danger of being a devitalized area and after contraction of the suture line sets in there will always be enough room for the liquid feces to go thru.

When the patient is seen after obstruction has developed the prognosis is very serious. Obstruction has to be relieved and the patient given a chance to disintoxicate and establish a biological balance before any thoughts of resection can be entertained by the surgeon. If the obstruction is in the right colon the use of the Miller Abbott tube is very effective or else an ileostomy should be performed. If the obstruction is in the left colon a cecostomy or a colostomy proximal to the tumor should be performed.

Bockus has summarized the prognosis of carcinoma of the colon, especially carcinoma of the cecum, in the broad statement that if the patient stands the radical resection he has a better chance for a five years cure than in case of malignancy anywhere in the body.

The most common complications of carcinoma of the right colon are perfora-

tion with abscess formation, general peritonitis or fistula ulceration with hemorrage and obstruction. Obstruction is the most common complication of carcinoma of the left colon. Secondary infection is common in carcinoma of the right colon due to the nodular growth of the tumor, the liquid feces and the large amount of bacteria. As was pointed above, secondary infection causes inflammatory infiltration of the bowel wall with the formation of scar tissue which causes distortion of the bowel wall and favors obstruction, perforation, etc.

If when operating in the right lower quadrant a pus cavity is discovered the best policy is to drain this cavity. If the lesion is purely inflammatory it will subside in a few days, but if it is malignant the mass will persist and a resection can be carried out later with less danger of peritonitis.

Mayo in 1941 found that 15% of patients with carcinoma of the right colon are submitted to appendectomy previous to the establishment of a diagnosis of carcinoma and he advised that all patients over 35 who are submitted to appendectomy should have the cecum and ascending colon explored for the possible presence of a malignant tumor.

Treatment

The treatment of carcinoma of the colon has two aspects: prophylactic and surgical. As was stated above, most cases are due to a degenerative change in a preexisting benign adenoma, so all adenomas that can be discovered should be removed as soon as possible.

The surgical treatment consists in wide resection with elimination of all the regional glands.

The only definite contraindications for resection are large metastases in the liver with ascites or spread of the growth to the pelvic floor. Bockus is of the opinion that if the metastases to the liver are small and few in number, resection may prolong life several years.

There are several factors which influence the operability of the case. First of all the experience and particular skill of the surgeon has to be considered. Gibbons and Hodge found that in Philadelphia the operability rate varied from 50% to 83% among 5 experienced surgeons, while it was only 29% among 15 other surgeons.

Tumors of the right colon are easier to resect even in the presence of large infiltration or invasion of adjacent organs which have to be removed partially or totally together with the bowel. Cattell and Sugarbaker found that in 15% to 20% of resections this was true.

In the presence of enlarged regional glands we should remember that Gabriel and Dukes say that at the operating table when glands are considered normal there is an error of 2% and when they are considered as metastases there is an error of 61%. They consider that this is because the secondary infection, especially in lesions of the right side, is the cause of the enlargement of the glands.

Other factors like concomitant chronic debilitating diseases, extreme old age and extreme cachexia have the same bearing as in any other surgical procedures.

The patient usually comes to the surgeon with more or less obstruction and if the obstruction is not complete, it is wiser to submit him to a few days of bowel disinfection.

Nowadays sulfasuxidine is proving to be a very valuable addition to the surgeons' armamentarium, .10 gms. per pound of body weight every 24 hours being the usual dose employed for a few days

before operation. Enemata every day; prostigmine methylsulfate, mineral oil and a non-residue high caloric diet with the addition of vitamins A, B and C. are very valuable in the preparation of the patient.

A suitable donnor for blood transfusion should be kept on hand in case it should be needed.

If the patient comes in with complete obstruction this should be relieved at once by doing an ileostomy or colostomy, depending on whether the lesion is in the right or left colon, and then the patient is prepared for the resection a few days later. The Wangensteen or Miller Abbott suction can be used to great advantage in these cases.

The anesthetic used by me has been ether or pentothal sodium intravenously followed by ether, but spinal anesthesia is prefered by some.

As far as the operation of right sided colectomy is concerned there are several methods available:

1. Resection of the growth with immediate ileocolic side to side anastomosis.
2. Preliminary ileocolic anastomosis with secondary resection.
3. A modification of Mikulicz method by which a mobilization of the growth with terminal ileum, ascending colon and right half of the transverse colon is made. Eventration of all these structures and after suturing together the ileum to the transverse colon the whole thing is removed leaving about 4 inches of colon and ileum protruding from the surface of the skin. The spur is crushed in 7 days and the stoma closed 6 to 8 days later.

The post-operative care of these cases is very important, especially the use of the Wangensteen or Miller Abbott suction in those cases where a primary ileocolostomy is done. Also proteins in the form of amino-acids or plasma or blood transfusions, and vitamis A, B, and C should not be speared.

Embolism should be guarded against by suitable early exercise as the "bicycle rinding" recommended at Leahy Clinic.

Cattell and Sugarbaker recommend that in cases where the Mikulicz type of resection has been utilized a sigmoidoscope should be passed down each side of the stoma before it is closed and if any adenomata are discovered they should be removed immediately.

Before closing I want to emphasize that we should always suspect malignant disease of the colon in patients over 35 years of age who have a change in bowel movement habit, a severe anemia with loss of weight, blood or pus or both in the stools, borborygmi, signs and symptoms of chronic appendicitis, or a mass in the abdomen. The more we keep this in mind the larger will 5 year percentage of cures be.

BIBLIOGRAPHY

1. GRAYS: Human Anatomy, 1943.
2. GRAHAM: Surgical Diagnosis, 1926.
3. MAINGOT: Abdominal Operations, 1942.
4. WAKELY: Maingot: Abdominal Operations, 1942.
5. BROWNE: Carcinoma of the Colon, Edingburg Med. Jour, M. S., 2:369, 1926.
6. BOCKUS: Gastro-enterology, 1944.
7. HURST: Lancet, 1:623, 1939.
8. OCHSNER, A., and DEBAKEY, M.: Operability, Morbidity and Mortality Factors in Carcinoma of the Colon, Amer. Jour. Surg., 1939.
9. WILKIE: Edinburg Med. Jour., 46:1, 1939.

10. ALLEN and WELCH: Amer. Jour. of Surgery, 46:171, 1939.
11. RANKIN and CHUINLEY: Colloid Carcinoma of the Colon and Rectum, Arch. of Surg., Jan. 1929.
12. RANKIN and JOHNSTON; Cancer of the Colon: Portis S. A. Diseases of the Digestive System.
13. COLLEY, KAZ and MACINTYRE: Regional Lymphatic Metastases of Carcinoma of the Colon, Ann. of Surg., July 1941.
14. WILKIE: Maingot Abdominal Operations, 1942.
15. BOYD, WILLIAM: Surgical Pathology, 1943.
16. OCHSNER: Nelson's Surgery, p. 291B, Vol. V.
17. KASSNER: Human Pathology, 1942.
18. PERKHAM: Jour. Amer. Sur., 77:90, 1923.
19. MILLER: Maingot: Abdominal Operations, 1942.
20. JONES: Boston Med. and Surg. Jour., p, 191-471, 1942,
21. PEMBERTON and DIXON: Surg., Gyn. and Obst., Feb. 1934.
22. MAY, C. W.: Malignant Lesions of the Right portion of the Colon, Proc. of Staff Meet., Mayo Clinic, January 29, 1941.
23. GIBBONS and HODGE: Aseptic immediate Anastomosis following resection of the colon for carcinoma, Ann. Surg., Oct. 1941.
24. CATTELL and SUGARBAKER: Recent advances in the Surgical Treatment of Carcinoma of the Colon and Rectum. Surgery, April 1942.
25. GABRIEL and DUKES: Lymphatic Spread in Cancer of the Rectum, British Journal of Surg., Oct. 1935.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LOS CONCEPTOS FILOSOFICOS RELACIONADOS CON LA ATENCION DEL NIÑO

L. A. BALASQUIDE, M.D.
Ponce, P. R.

El concepto —por desgracia aún prevaleciente— de que el niño es un adulto pequeño, un hombre en miniatura, ha colocado tantos obstáculos en el camino de su crecimiento y de su desarrollo, que ya comenzamos a ver y a entender el resultado funesto de semejante doctrina, esparcido por los distintos campos de la actividad humana en formas anormales de conducta y conflictos mentales que se alejan mucho de la conducta normal de todo ser humano.

Tan seria y tan profunda es la crisis que ha producido semejante doctrina y tan certera la convicción de la gravedad del error cometido en el orden integral de la atención del niño, que una de las voces más autorizadas de la Pediatría universal ha proclamado recientemente las siguientes frases de admonición: "Nosotros hemos estado educando para esta guerra por cuarenta años. La manera como hemos educado a la infancia y a la niñez ha estimulado el tipo de personalidad que hace inevitable los conflictos violentos. Mientras neguemos a los niños un ambiente seguro y personal donde puedan desarrollarse libremente, tendremos que esperar el advenimiento de tipos como Hitler y Mussolini en nuestra sociedad."

Conviene, pues, que nos percatemos pronto de esa realidad. Es necesario que aprendamos, que en el difícil menester del cuidado del niño, no sólo debe atenderse a su salud y a su bienestar, sino también a sus básicas necesidades emocionales. A tal fin, precisa considerar al niño tal como Dios lo creó, libre y con personalidad propia y no como a un organismo flexible, capaz de ser moldeado por el capricho o por el rigor del raciocinio del adulto:

El adulto es un organismo estático porque ha alcanzado ya la madurez de su desarrollo. Por el contrario, el niño es un organismo móvil, un organismo en proceso continuo y progresivo hacia la meta de esa misma madurez. Por tales motivos, aún en las primeras fases del crecimiento y del desarrollo, encontramos en el niño peculiaridades anatómicas, fisiológicas e inmunológicas que difieren notablemente de esas mismas características en el adulto. Por ejemplo: en el adulto, el ápice del corazón se encuentra en el quinto espacio intercostal en la línea mamaria; mientras que en el niño, se localiza en el cuarto espacio, fuera de la citada línea. A pesar de que ambos, el adulto y el niño necesitan los mismos componentes de alimentación, el organismo del niño requiere mayor aportación de calorías — cincuenta calorías por libra de peso — mientras que el adulto en actividad sólo necesita quince calorías por libra de peso. Tal diferencia estriba en que el organismo del niño, no sólo necesita alimentación para sostener la vida, sino que la necesita también para ayudar a su desarrollo. Y vemos de igual modo como una inmunidad natural protege a los infantes contra ciertas enfermedades contagiosas, cuando los de mayor edad, si no la desarrollan activamente al contraer la enfermedad o por vacunación profilática, están expuestos a padecer dichas enfermedades.

Expuestas las diferencias que anteceden como materia de ilustración solamen-

te, pasemos ahora a estudiar como el referido concepto respecto al niño es contradictorio a la naturaleza misma de su crecimiento y de su desarrollo. Y así nos daremos cuenta de que esa doctrina, por desgracia todavía en boga, resulta ineficaz, obstructiva y deprimiente al desarrollo natural de su personalidad, creando problemas de alimentación, de sueño, de eliminación y de comportamiento que desvirtúan la evolución de su progreso mental y físico. De este modo comprenderemos con entera claridad que para encauzar al niño hacia la meta del hombre, es necesario considerarlo física y psicológicamente como a un niño y no como a un hombre en miniatura.

En la actualidad existen tres doctrinas filosóficas cuyas ideas dirigen los principios y prácticas de la atención del niño en cultura moderna. Estas filosofías son: la filosofía autoritaria, la filosofía de laissez-faire y la filosofía evolucional. Pasemos ahora a estudiarlas siquiera sea someramente, puesto que de su conocimiento y ejercicio depende en gran parte el encauzamiento normal de nuestras futuras generaciones.

La filosofía autoritaria sostiene que la cultura del adulto sabe de antemano todo cuanto necesitan saber las generaciones que se levantan. Y por ello, desde que el niño nace, comienza a imponerle sus ideas, considerándolo desde entonces como un hombre en miniatura. Esta filosofía estipula para los niños, horarios de alimentación y de sueño rigurosamente exactos; calcula sus fórmulas alimenticias hasta la última caloría y ordena a las madres dejarlos llorar cuando lo hacen de hambre si el reloj no marca la hora designada para la alimentación. Mantiene que los niños son criaturas de hábito, y, por lo tanto, que pueden moldearse según las normas determinadas por la cultura, mediante procedimientos de aprendizaje y de los reflejos condicionales. Y proclama, además, que el mimo, el mecer y el cantar malcrían al niño y que tales prácticas son debilitantes a su desarrollo mental, olvidándose totalmente del hecho que la necesidad fundamental que todo ser humano siente por el cariño y el mimo, nunca se manifiesta más arraigada que en la niñez. Tales ideas constituyen una orientación que está en pugna con la naturaleza. Por ello esa doctrina se impone a la humanidad en nombre del tecnicismo y de la ciencia.

Pero la ciencia no es en realidad sino un esfuerzo para interpretar la naturaleza. Por eso, cuando se perdió el espíritu en la letra de la ley, la ciencia dejó de ser científica y los niños sufrieron los resultados, desarrollándose trastornos de comportamiento al encararse con los planes diarios que tan arbitrariamente había formulado esta doctrina. Y como consecuencia, se multiplicaron los problemas relativos a la alimentación, al sueño y a la eliminación, floreciendo los accesos de ira en los niños, a pesar de los esfuerzos de los padres y de los médicos.

A esos niños así regimentados contra sus propias naturalezas se les llamó **consentidos** cuando en realidad eran niños **mal adaptados**, cuyas inclinaciones evolucionales habían sido coartadas con una disciplina absolutista que desatendía las leyes del crecimiento y de la naturaleza. El niño que satisface normalmente sus inclinaciones y deseos no tiene que desarrollar complejos de comportamiento para pelear por su bienestar. Por otro lado, el niño que se cohibe, que se regimenta; el niño al cual no se le permite desarrollar libre y espontáneamente porque se le impone con rigor una disciplina inflexible, se le obliga materialmente a desarrollar complejos de conducta, puesto que sólo mediante tales formas de comportamiento

logran forcejear con éxito, por su libertad y por su bienestar. Es axiomático que el pueblo que se siente satisfecho nunca hace revoluciones.

Muchos de los procedimientos modernos aplicados a la atención del niño son particularmente obstructivos al progreso de su crecimiento dinámico, La idea de la organización tiende a regimentar la vida de tal modo, que aún los más pequeños detalles son supervisados. Y de esa manera la libertad desaparece.

Demos rápidamente una mirada a sus vidas y observemos con toda claridad la rigidez del mundo que se ha ordenado para ellos. Tienen que acostarse temprano, que levantarse temprano, que pasar horas exactas en la escuela bajo disciplina rigurosa y enseñanzas determinadas; el juego se organiza, se les impone el arte con clases de música, de baile y de dibujo; se les estimula a la superación atlética, se les cohibe con la etiqueta social; en fin, se les roba el tiempo y sólo se le dejan retazos de la vida para el juego y el trabajo espontáneos y para el desarrollo de su propia iniciativa.

La tendencia de la vida actual es restrictiva, desde el punto de vista del crecimiento. Si persistimos en dirigir la vida de nuestros hijos con la estrechez coercitiva de planes previamente formulados, nos enfrascaremos en un programa que coartará su independencia de pensamiento; disminuirá su habilidad para usar su propio juicio y retardará su desarrollo mental de tal suerte que los transformará en seres que siempre necesitarán ayuda para afrontar los embates de la vida,

La doctrina de laissez-faire se aplica al cuidado del niño de la misma manera que se aplica a la vida económica. Por eso, la substancia medular es la tolerancia y la impasibilidad absolutas. Como su fundamento estriba en que el mundo camina por sí mismo, enseña que no debe contrariarse ni restringirse al niño. Sostiene que el niño sabe, por intuición o por instinto, qué es lo mejor, y, por ello declara que debe dejársele en plena libertad para que haga su selección, porque si se le cohibe, se le confunde. Esta doctrina proclama la no intervención, y, de ese modo, favorece la más completa libertad de acción para el niño, lo cual requiere muy poco esfuerzo de dirección inteligente por parte del adulto. Plácida y serena manera de pensar que se ajusta perfectamente a la ideología de los irresponsables cuya vagancia mental y física es tan singular que le hace olvidar el deber que tienen contraído, no sólo con su prole, sino con la sociedad en general!

La filosofía evolucional surgió en medio de los extremos de las doctrinas filosóficas que acabamos de explicar. Esta filosofía, no es absolutista en principio, pero tampoco deja las cosas al azahar. Se basa en el mecanismo del crecimiento y de la madurez. Reconoce las profundas fuerzas de la herencia racial y familiar que determinan las fases del crecimiento y las normas distintivas del desarrollo individual de cada niño. Proclama el control por la sabia dirección cultural, pero, no obstante, cree en la propia adaptación del individuo a ese control. Mantiene la fe en la sabiduría de la naturaleza, de modo que interpreta con fidelidad todas las sugestiones que el niño ofrece en relación con su desarrollo y su progreso.

Esta doctrina requiere, desde luego, un conocimiento íntimo del proceso del crecimiento: el mismo conocimiento que todo buen agricultor debe tener de su tierra. Nuestra cultura ha alcanzado tal estado de sofisticación que ya no es posible continuar cuidando la vida del niño sin la ayuda de la ciencia moderna. Es verdad que existe un tipo de inteligencia natural

que aprecia la significación de los distintos factores que influyen en su desarrollo sin previa instrucción formal. Pero la verdad es, que no podemos descansar en la intuición y en la improvisación para la atención de la niñez. Tenemos que determinarnos a entender mejor como es que se desarrollan sus mentes y cómo es que se forman sus personalidades. Por eso, el cuidado del niño requiere, ante todo, la aplicación de una filosofía bien informada en la **interpretación y el conocimiento** de todos los detalles de su crecimiento y de su desarrollo.

En otras palabras, tenemos que pensar en el crecimiento como en una realidad viva y no meramente como en el nombre de un proceso intrincado y difícil, El crecimiento no es una abstracción hueca y vacía. El crecimiento es una serie de acontecimientos dirigidos por leyes y fuerzas tan reales como aquéllas que hacen florecer y dar fruto a los árboles de nuestros cafetales. El desarrollo del niño es una serie maravillosa de acciones y de normas que se exteriorizan por medio del comportamiento. Y el sistema nervioso es la parte vital del mecanismo que produce esos hechos y esas normas.

Como habréis comprendido, la filosofía evolucional se basa en un plan evolucional. Ese plan consiste en un inventario de cambios progresivos, mediante los cuales todos los órganos del cuerpo aumentan en tamaño y mejoran en función, bajo el influjo interdependiente de procesos fisiológicos,

La interdependencia de los factores que originan el crecimiento del niño puede ilustrarse muy bien con el rápido y precoz desarrollo de la mandíbula inferior. La mandíbula inferior del recién nacido es muy pequeña y echada hacia atrás, arreglo maravilloso, organizado por la naturaleza para facilitar al niño lactar de la madre. Luego, para adaptarse a los próximos cambios de alimentación, la mandíbula comienza a crecer y lo hace más rápidamente que ningún otro hueso de la cara, de tal suerte que, cuando aparecen los primeros dientes y el niño se prepara para comer, encontramos que se ha proyectado anteriormente hasta alcanzar completa aposición con la mandíbula superior, colocándose en la mejor posición para la masticación. Este ejemplo de coordinación perfecta y exacta es sólo una demostración del infinito número de cambios de adaptación que experimenta todo el organismo del niño durante el período de su crecimiento y de su desarrollo.

Se acostumbra considerar al niño como si pudiera dividirse en tres secciones: física, mental y emocional. Nada hay que trastorne más la interpretación práctica de las ideas referentes al cuidado de los niños como la idea de que estos tres aspectos de su crecimiento deben considerarse separadamente. Conviene que se sepa que el niño crece como una unidad. Sus acciones físicas dependen tanto del control mental, como de sus músculos y de sus huesos, amén de que todas sus acciones son motivadas por reacciones emocionales.

Una de las más importantes implicaciones del crecimiento consiste en que la satisfacción emocional que el niño recibe cuando aprende a ejercitar una acción nueva, constituye la fuerza propulsora que le estimula a practicar y a perfeccionar nuevas acciones. Por ejemplo: la emoción que el niño experimenta cuando aprende a pararse, le estimula el deseo de aprender a andar. Las emociones ayudan además a determinar el tiempo propicio en que deben aparecer las distintas adquisiciones. Por ejemplo: al aprender a andar, todas las conecciones musculares y nerviosas necesarias para ejecutar el acto pueden estar perfeccionadas, sin embargo, el niño no

andará hasta tanto él no tenga suficiente valor y seguridad en sí mismo.

Es una realidad que si bien el adulto de hoy se ha beneficiado notablemente de los grandes avances de la higiene del niño, el problema de su salud mental es aún más serio, como lo demuestra el hecho de que las instituciones públicas y privadas para los individuos incapacitados mentalmente resultan ya inadecuadas para atender las solicitudes de ingreso.

Observadores competentes en esta materia han sugerido que, por lo menos, parte del problema consiste en la inhabilidad de los seres humanos para adaptar satisfactoriamente sus inclinaciones naturales a la fuerte presión de la vida regimentada con que tienen que encararse. Nuestros cerebros han desarrollado un sistema de vida tan complicado y exacto que en la actualidad se hace muy difícil subsistir su rigorismo sin menoscabo de la salud mental. Recientes estudios en el campo de la psicología del niño han demostrado que es necesario evitar el desgaste y la futilidad que ese sistema impone en la vida, para poder conservar la salud de la mente.

Hace tiempo que se están haciendo grandes esfuerzos y vastos estudios para clasificar los factores físicos, mentales y emocionales del ambiente del recién nacido con el propósito de determinar cuáles de esos factores son saludables y cuáles son obstructivos y perturbadores a su personalidad y a su desarrollo.

En la escuela, los educadores responsables, han utilizado métodos científicos en el currículo, encontrando que ciertas asignaturas se enseñan más eficientemente cuando el desarrollo mental del niño ha alcanzado la madurez apropiada. Por ejemplo: se ha comprobado que la habilidad para leer es un paso evolucional. Y que el niño no podrá aprender a leer bien antes de que los ojos y el cerebro estén preparados para esa conquista, Pero la escuela —pena da proclamarlo— se ha ocupado mayormente del intelecto del niño, dejando casi en el olvido la dirección de sus emociones y el encauzamiento de su personalidad.

Por otro lado la investigación de las diferentes fases del crecimiento físico —según han sido estudiadas últimamente, sobre todo por el profesor Gessel, nos ofrecen una medida para la evaluación del crecimiento del niño. Tales estudios nos han revelado dos hechos importantes. Primero, que existe una sorprendente uniformidad en la sucesión de las fases del crecimiento humano; por ejemplo, los niños, se sientan, se arrastran, se paran y andan en esta secuencia; y, segundo que las etapas del crecimiento del niño pueden predecirse con exactitud de mes a mes.

Tales hallazgos nos permiten hacer un inventario de la evolución del crecimiento que es aplicable por igual a todos los niños, aún cuando la proporción del crecimiento varíe. Por ejemplo, sabemos que el niño normal promedio se sonríe a las cuatro semanas; se ríe a los cuatro meses; hace por agarrar objetos con ambas manos también a los cuatro meses; desarrolla movimientos de pinza con los dedos de las manos entre el noveno y undécimo mes y controla la función urinaria durante el segundo año.

La importancia de semejantes observaciones es tan grande que no se puede exagerar, porque cuando se estudian profundamente las implicaciones que se derivan de ellas, se advierte que la formación de los hábitos de alimentación, de sueño, y de eliminación, así como la adquisición precoz de destrezas físicas, depende más de la madurez del desarrollo, que de nuestros esfuerzos para enseñarles. Todo lo cual nos demuestra que es más fácil enseñar al niño cuando alcanza el estado evolucional apropiado para cada aprendizaje. Esto quie-

re decir, que aplicando a cada problema el conocimiento de las fases del crecimiento y del desarrollo facilitaremos notablemente todo el esquema de la primera educación de nuestros niños.

Los conocimientos que hemos mencionado nos enseñan además, que muchos de los problemas de personalidad y de comportamiento con que se confrontan los padres se originan del hecho de que dichos padres no han sabido adaptar el cuidado del niño al ritmo normal de su desarrollo, Lo que sucede en tales casos es sencillamente que los padres han pretendido que sus niños se comporten de una manera para lo cual aún no estaban preparados por las leyes de su propio crecimiento y desarrollo. Y como resultado de semejante práctica, muchos de esos niños se confunden, se manifiestan resistentes, y si se insiste, desarrollan trastornos emocionales que pueden repercutir tarde o temprano en verdaderas enfermedades mentales.

Tales estudios nos han enseñado también que los niños necesitan además del aire libre, del sol, del vestuario, de la alimentación y del sueño, un contacto mayor y más íntimo con sus madres durante las primeras semanas de la vida; que necesitan hacer una vida más individual y más natural y que no se les debe limitar al rigor de planes preconcebidos. En otras palabras esos estudios nos enseñan a dar al niño mayor libertad para ejercer sus habilidades según éstas aparecen en el plan evolucional de su crecimiento y de su desarrollo. Esto quiere decir, que debemos dejar sentar al niño cuando éste trata de sentarse solo; que le debemos dejar comer solo tan pronto advertimos que sabe usar la cuchara —porque es conveniente que se sepa— que en estas simples actividades de la infancia es cuando comienza a germinar el sentido de seguridad y de competencia— que todos considramos de vital importancia para triunfar en la vida.

Es evidente que los padres están interesados en el desarrollo y en el mejoramiento de la comunidad. En nuestro país ese interés debe ser aún más grande, dadas sus peculiares condiciones de gobierno que no le permiten enfocar sus actividades de una manera determinada y definitiva. No obstante esas limitaciones debemos esforzarnos por mejorar cada día más a nuestro pueblo. Todo esfuerzo para promover ese mejoramiento debe tener estrecha relación con el concepto de la ciudadanía democrática. Los niños que ahora crecen serán los líderes del futuro. Los líderes que aspiran a triunfar en las democracias tienen que ser personas de estabilidad emocional, que sepan encarar los problemas del pueblo sin arrebatos de cólera, sin violencia y sin tendencias dictatoriales. Tal contextura emocional sólo podrá germinar en una seguridad y confianza básicas, atributos que se consiguen únicamente cuando tienen su arraigo desde la infancia.

Estamos seguros que nosotros no hemos de tener menos sentido de cooperación para esta cruzada que aquél con que hemos realizado otras conquistas cívicas. Comencemos a probar tales potencialidades aplicando los principios saludables del plan evolucional al cuidado de nuestros niños y pronto recogeremos el fruto de nuestros esfuerzos, en la futura felicidad de nuestros hijos. Y de esta manera estaremos haciendo verdadera Patria.

LA LUCHA CONTRA LA SIFILIS EN FORT DE FRANCE*

ETIENNE MONTESTRUC, M.D.**

Fort-de-France, ciudad de 60,000 habitantes como todos los puertos del mundo entero, paga un crecido tributo a las enfermedades venéreas, especialmente a la sífilis.

Hasta 1939, no existía ninguna reglamentación administrativa de la prostitución, y no fué hasta esa fecha, que ante el progreso creciente de dicho mal y el hecho de ser Fort-de-France la base de operaciones de la Armada Francesa en el Oeste del Atlántico, un ensayo de reglamentación, bastante tímido por cierto, fué emprendido. Sin embargo hasta el 1940, dicha reglamentación no fué eficaz; entonces por una decisión gubernativa del 30 de diciembre de dicho año fué creado el Servicio de Profilaxis de las Enfermedades Venéreas,

Comprende dicho Servicio dos organismos:

1o. Un organismo de vigilancia, llamado: Brigada de Higiene.

2o. Un organismo de Profilaxis Médica.

1.—Brigada de Higiene

Tiene por fin, garantizar:

1o. La presencia de las prostitutas en las visitas **bi-semanales.** Dichas prostitutas, domiciliadas en su mayor parte en la ciudad, tienen el deber de presentarse dos veces en semana a reconocimiento médico.

2o. La vigilancia de las casas de prostitución clasificadas como tales, y la de los diferentes establecimientos públicos (hoteles, restoranes, bares y tabernas, etc.)

3o. La perseverancia de las mujeres enfermas en su tratamiento.

4o. La hospitalización de las que son contagiosas.

5o. La vigilancia de la prostitución "a domicilio"; y la "detención" de las prostitutas en la vía pública.

Esta brigada, compuesta a la vez de gendarmes metropolitanos y agentes de policía locales, se muestra muy activa en su cometido; a ella se debe en gran parte, el mérito de los resultados obtenidos.

2.—Servicio de Profilaxis Médica

Comprende este Servicio:

Un médico jefe del Servicio, que es el Director del Instituto Pasteur.

Un médico, encargado de la visita y vigilancia de la prostitución de las casas clasificadas.

Tres comadronas, encargadas de las visitas ginecológicas.

Dos enfermeros encargados de la toma de muestras de sangre y de los tratamientos.

Un secretario, encargado del archivo médico.

Cuando es necesaria la hospitalización, los enfermos son recluídos en el Hospital Civil de Fort-de-France.

Los exámenos micro-biológicos y serológicos, son practicados en el Laboratorio del Instituto Pasteur.

FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO MEDICO

1o. Reconocimiento médico

Las visitas ginecológicas se verifican dos veces en semana, para las prostitutas. cuya cifra oscila alrededor de 300. En 1943,

* Presentado durante la Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, Diciembre 16, 1944.

** Director, Instituto Pasteur de la Martinica.

fueron examinadas 290, y el número de reconocimientos practicados, ascendió a la cifra de 16,816. Después de practicado cada reconocimiento médico, las mujeres halladas sanas son provistas de una tarjeta, llamada de: "no contagiosidad" que es válida hasta el examen siguiente. Dicha tarjeta, además del nombre, edad, y domicilio de la interesada, contiene su fotografía y huellas digitales. Con ello resulta fácil a cualquiera, hasta cierto punto, obtener, al exigir dicha tarjeta, un certificado de garantía, que sin ser absoluto, dá al menos gran margen de seguridad, como luego veremos.

Las mujeres reconocidas como contagiosas, son hospitalizadas enseguida. Tan pronto desaparece la contagiosidad, son dadas de alta del Hospital, sujetas a continuar el tratamiento en e Dispensario de Higiene Social.

Para las empleadas de los otros establecimientos públicos sujetos a inspección, las visitas ginecológicas son efectuadas según la clase del establecimiento, quincenal, mensual, o cada dos o tres meses.

En el transcurso del año 1943, 102 establecimientos fueron supervisados y 272 de sus empleadas, investigadas, a las que se les practicó 319 exámenes ginecológicos.

Desde la creación del Servicio de Profilaxis Médica el número de empleadas de esta clase de establecimientos que ha sido necesario tener bajo control, ha disminuído debido al hecho de que la mayoría de dichas empleadas han sido mujeres serias y de buenas costumbres y el establecimiento que las emplea, goza de buena reputación. Por lo tanto la cifra de esta clase de exámenes se redujo en 1941 a 1,258.

2o. Exámenes de Laboratorio

Son practicados en el Laboratorio del Instituto Pasteur y las reacciones serológicas utilizadas son: la de Bordet-Wassermann y la serofloculación de Vernes, de la cual hablaremos a continuación.

3o. Tratamiento antivenéreo

Cuando una mujer hospitalizada, es dada de alta se encarga de continuar su tratamiento, el Dispensario de Higiene Social, que en La Martinica, hace las veces desde hace muchos años de: **Instituto Profiláctico.**

El tratamiento que aplicamos se basa en el método sifilométrico de Vernes; por eso nos detendremos un instante en su consideración. La sero-floculación de Vernes a parathinol, es como su nombre indica, una reacción de floculación, es decir, una reacción que produce todo suero sifilítico cuando se le mezcla dentro de ciertas condiciones, con una suspensión coloidal, siempre idéntica a sí misma. La suspensión utilizada es el parathinol, obtenido por agotamientos sucesivos en el vacío, de polvo de corazón de caballo, por el percloruro de etileno, tratado luego por el alcohol absoluto. El parathinol, es una suspensión alcohólica de 15 gramos de extracto seco de corazón de caballo por 1,000 de alcohol absoluto.

El grado de la intensidad de la reacción se mide con un fotómetro, cuya escala va desde el cero a 150. Las cifras leídas en el fotómetro, no indican el grado de infección ni menos aún su gravedad, la cual depende de la localización del treponema. El 0 de la escala, corresponde después de minuciosas investigaciones, a los sueros normales. Sin embargo, en la práctica, se acepta como normal del 0 al 3 si bien pueden existir sueros hiperfloculantes al igual que existen diferencias en la temperatura corporal. Las posibilidades de los sueros normales son las siguientes:

En un 2% de los casos se alcanza la cifra de 4

en menos de uno por 500 se llega al 6 y en menos de uno por 2,000 se alcanzan cifras de 7 a 10

Cifras mayores de 10 son excepcionales.

Ahora bien, en los sujetos normales, la curva obtenida por repetidos exámenes tiene la forma de meseta, es decir que las cifras obtenidas oscilan muy poco alrededor de la inicialmente obtenida. En los sifilíticos se obtienen oscilaciones en **zig-zag** o sea que en repetidas determinaciones las cifras obtenidas son mas altas o mas bajas que la inicialmente obtenida. Así pues, en presencia de una sola cifra entre 3 y 10 no podemos sacar ninguna conclusión, sobre todo si por interrogatorio o examen clínico no se descubren datos evidentes. Insistimos en que una sola determinación serológica por el método de Vernes, no tiene ningún valor absoluto, en cambio es la gráfica de varias determinaciones la que tiene un gran valor, y gracias a ella disponemos hasta cierto punto de una serología "precisa" la que nos proporciona la inestimable ventaja, tanto bajo el punto de vista individual como social, de evitarnos el grave error de ver la sífilis en donde no está.

La reacción de Vernes constituye pues un procedimiento de diagnóstico seguro y fiel y gracias al fotómetro nos dá una **sero-medida de la infección.**

La sifilometría es también la base del pronóstico: en un determinado enfermo, la curva obtenida por una serie de exámenes serológicos escalonados, sube si la sífilis manifiesta actividad creciente; y si la enfermedad no es influenciada por el tratamiento, aumentando por contra su actividad, el grado fotométrico del suero sube también en modo bastante regular y en ocasiones frecuentes, muy ostensiblemente. Cuando el tratamiento es eficaz o disminuye la actividad de la infección, disminuye el grado fotométrico. Es importante sin embargo, tener siempre muy presente que **no existe ninguna correlación, entre la intensidad de la reacción obtenida y la gravedad de la enfermedad.** Ello se explica debido a que la intensidad de la reacción se debe exclusivamente a la cantidad de toxinas sifilíticas presentes en la sangre en el momento de la toma de sangre y en cambio la gravedad depende solamente del grado en que están afectados los diferentes órganos, así como en su importancia respectiva. Así en plena roseola, cuando la vida del paciente no está en peligro, obtenemos cifras fotométricas de 100, 120 y hasta 150. La localización del treponema en una arteria cerebral nos dá a veces cifras de 15, - 10, o aún menos y en cambio puede el enfermo estar en vísperas de una complicación mortal.

Cuando por tratamiento adecuado el índice fotométrico ha sido "rebajado" hasta el 0 hay que asegurarse de que este 0 es definitivo, La observancia de la regla llamada de los OCHO meses de Vernes, nos tranquiliza completamente. He ahí formulada esta regla: Cuando un enfermo sujeto a tratamiento, alcanza un índice fotométrico de 0 (ya sea después del tratamiento o al finalizar una serie arsenical) por espacio de ocho meses queda sometido a observación; cada mes se le practica una investigación fotométrica y las ocho deben dar un índice fotométrico de 0. Al finalizar el octavo mes, se le practica una punción lumbar y el líquido céfalorraquídeo, debe ser normal bajo todos puntos de vista: serológico, citológico (menos de dos leucocitos por c. c.) y con una albúmina menor o igual a 0.20 gramos por 1.000. Llenados todos estos requisitos, el enfermo se puede considerar esterilizado bajo el punto de vista de su infección sifilítica y prácticamente curado.

La importancia de la sifilometría, es

aún mayor, se la puede considerar: "una llave precisa para el diagnóstico, una base segura para el pronóstico y constituye una guía incomparable para e tratamiento"; habida cuenta de que no existe un plan o esquema tipo de tratamiento antiluético y la infección por treponemas no responde de la misma manera a una medicación idéntica en sujetos diferentes. Por otro lado sabemos que existen variedades de treponemas bien individualizadas. La resistencia a tal o cual medicación reconocida como antisifilítica poderosa, es muy variable, y la sifilometría en todo momento guía con certeza los pasos del terapeuta. Después de cada serie, arsenical, mercurial o bismútica, ella nos ilustra sobre la acción terapéutica de la droga empleada, permitiendo hacer curas que, "ya no son a ciegas". Si se ve por ejemplo aumentar en unos puntos el índice fotométrico, a continuación, en un sifilítico reciente, de una serie arsenical, se podrá afirmar, que el treponema albergado por el sujeto en cuestión, es arseno-resistente, dato fiel que no nos lo proporciona ninguna otra investigación serológica. Un sifilógrafo que haya adquirido el hábito de tratar así a las pacientes, bajo la guía de la sifilometría de Vernes y que de súbito se viera privado de tal ayuda, se podría comparar a una persona que de pronto perdiera su vista.

La tabla a continuación, nos muestra el número de pacientes tratados desde 1934 en el Dispensario de Higiene Social:

Años	Número de enfermos tratados			Número de inyecciones puestas				Número de exámenes serológicos practicados en el Instituto Pasteur
	Nuevos	Antiguos	Total	Arsenicales	Bismútica	Mercurial	Total	
1934	174	58	232	1,573	1,630	1,656	4,859	2,329
1935	180	93	273	1,663	1,691	2,106	5,370	2,880
1936	170	?	170	2,078	1,744	2,675	8,497	3,260
1937	269	43	312	2,633	2,208	3,457	8,298	3,264
1938	363	106	469	4,475	3,645	5,741	13,861	3,988
1939	401	136	537	3,721	3,851	8,127	15,699	5,120
1940	485	163	648	2,771	4,737	9,931	17,439	6,879
1941	636	278	914	7,318	6,205	25,409	38,932	10,232
1942	278	465	743	3,044	7,841	15,190	26,075	8,929
1943	163	296	459	1,169	6,504	6,074	13,747	7,867
	3,119	1,638	4,757	30,445	40,056	80,276	150,777	54,748
	4,757 enfermos tratados			150,777 inyecciones aplicadas				54,748 exámenes serológicos practicados

Nos muestra este cuadro que el número de pacientes tratados hasta 1941 aumentó regularmente de año en año, pero a partir del 1942 disminuye claramente después de ponerse en práctica las medidas de profilaxis antisifilítica, tanto de orden médico como administrativo y son correctamente aplicadas. Se puede apreciar también cuáles son las economías realizadas por el tesoro público, con una profilaxis racional, bien dirigida.

Estos resultados son sobre todo evidentes, entre el personal joven del Ejército y la Marina, material abonado por excelencia y que proporciona el criterio más seguro del grado de difusión de las enfermedades venéreas.

	1941	1942	1943
Marina:			
Chancros sifilíticos	43	8	6
Chancros mixtos	8	0	0
Ejército:			
Chancros sifilíticos	11	1	4
Chancros mixtos	3	1	1

Tratamiento Profiláctico

Basándonos sobre los muy interesantes ensayos de Lepinay, quien logró en Casablanca evitar el contagio sifilítico de las prostitutas, por medio de la inyección quincenal, de un preparado bismútico liposoluble, o la del iodobismutato de quinina, hemos aplicado a todas nuestras prostitutas indemnes de sífilis, este método profiláctico, inyectándoles cada 15 días un c.c. de la siguiente fórmula:

Guayacol	10	gramos
Salicilato de Bismuto	100	gramos
Aceite vegetal	900	C. C.

Los resultados de este método profiláctico, sobrepasaron en mucho nuestras esperanzas y las siguientes cifras son elocuentes por sí:

En 1942, de las 318 prostitutas que fueron inscritas en los registros especiales de Fort de France, 182 o sea el 57.2% eran sifilíticas, en el curso de este mismo año, antes de instituir el método profiláctico que nos ocupa, de 136 mujeres indemnes, 37, bien pronto contrajeron la sífilis, o sea el 27.2% (casi la tercera parte de las originalmente inscritas como indemnes).

Posteriormente en 1942 y 1943, una vez instituído el tratamiento profiláctico por las sales de Bismuto, el porcentaje de contagiadas de sífilis no alcanzó el 2%.

Garantía proporcionada por la tarjeta de no-contagiosidad

Hemos investigado cuidadosamente entre los soldados y marinos contagiados con cualquier clase de enfermedad venérea, el origen de este contagio, atribuíble a contactos con mujeres desprovistas de tal requisito, los resultados hallados son los siguientes:

Contagio con mujeres provistas de la tarjeta:
184 o sea un 22%

Contagio con mujeres desprovistas de la tarjeta:
654 o sea el 78%

Estas cifras nos enseñan, que sólo existe aproximadamente la cuarta parte de posibilidad de contagio cuando se exige la tarjeta de no-contagiosidad.

Influencia sobre la mortinatalidad

Conocida es la influencia de la sífilis sobre la mortinatalidad. En 1909, oscilaba en Fort-de France, alrededor de un 50 por 10,000, cifra enorme, cinco veces superior a la de la Francia metropolitana. En 1911, produjose un hecho curioso y que al principio, puso a prueba nuestras facultades deductivas, me refiero a la caída casi vertical de la curva de la mortinatalidad en Fort-de-France, saltando de 50 a sólo 23. La explicación, sin embargo es clara: en el 1910, se había introducido en Martinica el uso del 606 de Ehrlich,—el Salvarsan—.

A raíz de este hecho y ante la pronta desaparición en los enfermos de sus accidentes cutáneos y mucosos, produjose una verdadera avalancha que acudía a los Dispensarios en busca de tratamiento. Por desgracia y pese a las afirmaciones de Ehrlich y de la escuela alemana, si bien el 606 aportó un indiscutible progreso en el tratamiento de la enfermedad, no bastaba por sí solo para curar el "mal"; los enfermos se desalentaron prontamente, y de nuevo la indiferencia se apoderó de sus ánimos, al ver que a pesar del Salvarsán, la enfermedad continuaba haciendo sus estragos. Es así que en 1913, la mortalidad alcanzó en Fort-de-France de nuevo hasta 55 por 10,000.

Sin embargo el uso metódico de los arsenobenzoles y demás drogas antisifilíticas ha producido no sólo la caída inicial de 1911, en la curva de mortinatalidad, sino la progresiva pero segura reducción en su incidencia, a partir de las cifras alarmantes alcanzadas poco después, hasta llegar a sólo 20 por 10,000 en 1943,

RESUMEN Y CONCLUSIONES

Hemos descrito suscintamente, la organización actual de la lucha contra la sífilis en Fort-de-France, y los resultados obtenidos. La profilaxis médica aplicada hasta 1939, de acuerdo con los resultados obtenidos, fué del todo impotente para detener la propagación de la enfermedad. Sólo a partir del momento en que además de la profilaxis médica se practicó también una severa profilaxis administrativa, de carácter social, la enfermedad declinó ostensiblemente. Indice seguro de la disminución en la contagiosidad la tenemos en las cifras señaladas anteriormente y referentes a su incidencia entre los soldados y marinos.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Avenida Manuel Fernández Juncos,
Parada 19, Santurce, P. R.

AÑO XXXVII MAYO, 1945 NÚM. 5

EDITOR Y ADMINISTRADOR:

DR. E. MARTINEZ RIVERA

EDITORES ASOCIADOS:

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. A. M. MARCHAND
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del mes

Durante el mes de mayo se han celebrado las siguientes reuniones de carácter médico:

Mayo 4—Capítulo de Puerto Rico del American College of Physicians, en el domicilio de nuestra Asociación.

Mayo 6—Reunión mensual del Capitulo de Puerto Rico del National Gastroenterological Association.

Mayo 17—Symposium sobre enfermedades de las vías biliares, a cargo del Staff médico de la Clínica Pereira Leal, en la Escuela de Medicina Tropical.

Mayo 22—Cocktail party ofrecido por la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico, en honor del Dr. Harry S. Mustard, en el Club Médico.

Mayo 25—Reunión del Comité de Biblioteca de nuestra Asociación.

Mayo 29—Reunión de carácter científico auspiciada por la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

REUNIONES DE DISTRITO

San Juan

En la noche del 29 de los cursantes celebró su reunión mensual de carácter científico, la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

La conferencia de esta ocasión estuvo a cargo del Dr. Manuel A. Astor, quien desarrolló el siguiente tema:

"Carcinoma of the colon, with special reference to carcinoma of the right colon."

Aunque el acto no resultó lo concurrido que era de esperarse, por motivo de las inclemencias del tiempo, todos cuantos asistieron al mismo demostraron gran interés en el tema discutido, y la gran mayoría aportó, durante la discusión, algunas de sus propias experiencias.

Para satisfacción de todos cuantos se vieron privados por la lluvia de asistir a esta conferencia, nos complacemos en publicar el trabajo del Dr. Astor en esta misma edición.

Mayagüez

Para el mes en curso habíase anunciado la celebración de la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Mayagüez, pero debido a dificultades surgidas en la organización del programa, no fué posible llevar a cabo dicho acto.

Oportunamente dejaremos conocer a

nuestros lectores la fecha exacta en que habrá de celebrarse esta asamblea de distrito.

Humacao

Como informáramos en nuestra edición anterior, la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Humacao se llevará a efecto el domingo 15 de julio en el Club Rotario de Humacao.

Todos los compañeros interesados en participar en el programa científico de dicha asamblea de distrito deberán enviar el título de su trabajo al Dr. Mario J. Tomasini antes del 16 de junio.

Cordialmente exhortamos a todos nuestros compañeros a cooperar al éxito de esta reunión de distrito.

Aquellos colegas que deseen compartir los asientos de su automóvil con los otros compañeros que quieran asistir a la asamblea, pueden informarlo a la Secretaría de nuestra Asociación, para hacer los correspondientes arreglos, y evitar así que algunos no puedan ir por falta de medios de transportación.

Aguadilla

En el plan sugerido por nuestro presidente para la celebración de las asambleas de distrito, correspondía a Aguadilla el domingo 17 de junio. Sin embargo, hasta esta fecha no hemos recibido en las oficinas centrales notificación alguna a este respecto. Tan pronto tengamos noticias en cuanto a la fecha en que habrá de celebrarse dicha reunión de distrito lo comunicaremos por la vía más rápida a nuestros asociados.

Symposium sobre enfermedades de las vías biliares

El jueves 17 de mayo, y como parte del programa de conferencias de la Escuela de Medicina Tropical, llevóse a efecto un symposium sobre enfermedades de las vías biliares, habiéndose presentado los siguientes trabajos:

1.—Diagnóstico diferencial entre las ictericias hepatógenas y obstructivas, Dr. A. Rodríguez Olleros.
2.—Diagnóstico y tratamiento quirúrgico de la colecistitis aguda, Dr. Manuel Espinosa.
3.—La cirugía del colédoco, Dr. Basilio Dávila.

National Gastroenterological Association

El domingo 6 de mayo reuniéronse en nuestro domicilio los miembros del Capítulo de Puerto Rico de la National Gastroenterological Association para celebrar su reunión mensual.

La discusión científica de esta ocasión estuvo a cargo del presidente del Capítulo, Dr. Ramón J. Sifre.

Conferencias de divulgación

Continúa llevándose a efecto, con toda puntualidad, el programa de conferencias de divulgación que auspicia el Comité de Relaciones Públicas de nuestra Asociación, y las cuales se trasmiten todos los sábados de 5:45 a 6:00 de la tarde a través de la radicemisora WKAQ.

Durante el presente mes de mayo se han trasmitido las siguientes conferencias:

5 de mayo—Conceptos generales en torno a la carrera médica. (Conferencia de la Secretaría).
12 de mayo—Dentro del campo de la medicina social, por el Dr. Manuel Quevedo Báez.
19 de mayo—Charlas sobre Higiene mental, por el Dr. Luis Manuel Morales.

26 de mayo—Las emociones y la salud, por el Dr. Luis Manuel Morales.

Dentro de breves días verá la luz pública, para distribución gratuita al público, el primer volumen de las Conferencias de Divulgación, y el cual contiene todas las trasmitidas durante el año 1944. La publicación de este folleto se ha retardado por dificultades surgidas en la imprenta, que han retrasado igualmente la publicación del BOLETIN, y que somos los primeros en lamentar.

El Comité de Relaciones Públicas desea reiterar por nuestro conducto, su invitación a todos los miembros de la Asociación para que cooperen en estos programas de divulgación. Indique su deseo de participar en esta serie de conferencias a la Secretaría, para que se le asigne el turno correspondiente.

PERSONALES

Distinguido visitante

Recientemente estuvo en nuestra isla el Dr. Harry S. Mustard, Director del DeLamar Institute of Public Health de la Universidad de Columbia, y miembro de la Junta de Síndicos de la Escuela de Medicina Tropical.

El martes 22 de los cursantes la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico celebró un cocktail party en el Club Médico, en honor del Dr. Mustard, acto al cual asistió un nutrido grupo de miembros de la Asociación de Salud Pública.

Agradecemos la visita que dispensara a nuestro domicilio tan distinguido visitante, y por medio de esta nota le reiteramos nuestro saludo cordial.

Dr. Benigno T. González

El día primero del mes en curso embarcó hacia los Estados Unidos, en viaje de estudios, el estimado colega, cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

El Dr. González se propone especializarse en cirugía torácica, para lo cual se internará durante un año en el Sea View Hospital, de New York.

Mucho éxito en sus estudios deseamos al amigo González.

Dr. Mariano C. Caballero

Recientemente regresó de su viaje de placer por los Estados Unidos, el querido amigo Dr. Mariano C. Caballero.

Reciba el querido amigo nuestro cordial saludo de bienvenida.

Dr. Rafael A. Blanes

En viaje de placer y estudios embarcó hacia los Estados Unidos, el día 28 del mes en curso el querido amigo Dr. Rafael A. Blanes.

Una grata estada en el continente deseamos al joven amigo.

Dr. Héctor A. Bladuell

Después de un rápido viaje a la Clínica de los Hermanos Mayo, con el propósito de someter a uno de sus hijos a una delicada intervención quirúrgica, se encuentra nuevamente entre nosotros el estimado colega cuyo nombre encabeza esta nota.

Mucho nos agrada saber del regreso del amigo Bladuell y sobre todo, del éxito de la operación a que fuera sometido su pequeño hijo.

Dr. Jenaro Barreras

En fecha reciente embarcó hacia los Estados Unidos, en viaje de placer, el estimado colega Dr. Jenaro Barreras, de la ciudad de Caguas.

Muy gratas impresiones de viaje deseamos al querido amigo.

Dr. Philip M. Reilly

De regreso a la vida civil, después de varios años de servicio en las fuerzas armadas, hemos tenido el placer de saludar recientemente al estimado colega Dr. Philip M. Reilly.

El Dr. Reilly está en la actualidad recibiendo entrenamiento en la Unidad modelo de Río Piedras, y luego pasará a ocupar el cargo de director en una de las unidades que funciona el Departamnto de Sanidad.

Mucho nos agrada ver que poco a poco van reintegrándose a la práctica civil algunos de los compañeros que durante los últimos años han venido sirviendo en las fuerzas armadas de nuestra nación.

Legislación

Plácenos informar la no aprobación por el Hon. Gobernador del Proyecto del Senado 201, que autorizaba a colegas del extranjero a venir a ejercer la profesión médica en nuestra Isla sin el correspondiente examen de reválida.

La acción del Hon. Gebernador al no aprobar dicha medida legislativa demuestra plenamente un alto espíritu de responsabilidad por parte del primer ejecutivo, y por lo cual es acreedor a nuestra sincera felicitación.

SECCION DE LA BIBLIOTECA

Deseamos informar a todos nuestros colegas que ya nos ha sido entregado el nuevo mobiliario de la Biblioteca, y que ésta permanecerá abierta durante las horas laborables del día. También podrá usarse por la noche, entre ocho y diez, mediante notificación a la Secretaría.

Recientemente, y por acuerdo del Comité de Biblioteca, se han ordenado suscripciones a las siguientes publicaciones:

American Journal of Diseases of Children.
Archives of Dermatology and Syphilology.
Archives of Internal Medicine.
Archives of Neurology and Psychiatry.
Archives of Ophthalmology
Archives of Otolaryngology.
Archives of Surgery.
American Journal of Roentgenology and Radium Theraphy.
American Journal of Tropical Medicine.
Quarterly Cumulative Index Medicus.
Hygeia.
Journal of Urology
The Journal of Allergy
The American Heart Journal
The Journal of Pediatrics
The American Journal of Pathology
American Journal of Digestive Diseases
Surgery, Gynecology and Obstetrics
Annals of Internal Medicine
Medical Clinics of North America
American Journal of Physiology
The Journal of Biological Chemistry
Bulletin of the Medical Library Association

En esta misma sección informaremos mensualmente a nuestros lectores de las revistas y demás publicaciones que se vayan recibiendo en nuestra Biblioteca.

Cordialmente invitamos a todos los colegas a hacer uso más frecuente de las facilidades que ofrece nuestra Biblioteca, ya que sólo esto habrá de animarnos a continuar procurando su mejoramiento.

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

Nuevamente damos a la publicación la relación de compañeros que contribuyen de manera efectiva al fondo del Auxilio Médico Mutuo, mediante la expedición de sus certificaciones en los impresos que les suple nuestra Asociación.

Es de notar que de los 420 compañeros que pertenecen al Auxilio únicamente 56 han hecho remesas a la tesorería por dicho concepto. Sabemos de otros que habiendo expedido certificaciones en dichos impresos, aún no han enviado el importe de las mismas a Tesorería, a pesar de nuestras reiteradas súplicas al efecto. Una vez más urgimos de estos compañeros envíen el importe de sus certificaciones al Tesorero de la Asociación, y exhortamos a todos los miembros de la Asociación a hacer uso frecuente de dichos impresos, para robustecer aún más el fondo con que cuenta el Auxilio Médico Mutuo.

Dr. José Menéndez
Dr. F. Sánchez Castaño
Dr. Manuel G. Guerra (4)
Dr. Amalio Roldán (5)
Dr. R. Rivera Aulet (2)
Dr. Ricardo F. Fernández (2)
Dr. Leoncio T. Davis (4)
Dr. Fernando Asencio
Dr. Rafael Rivera (3)
Dr. Ramón C. Umpierre (3)
Dr. Miguel Alonso (2)
Dr. Juan Veve
Dr. A. Rodríguez Olleros (2)
Dr. Ezequiel Prieto
Dr. Julio R. Rolenson
Dr. R. Muñoz Vázquez
Dr. A. Otero López (2)
Dr. Héctor A. Bladuell (11)
Dr. Narciso Moreno
Dr. Luis J. Fernández
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. José F. González
Dr. Francisco J. Casalduc (3)
Dr. J. R. Bierley
Dr. Rafael A. Vilar (3)
Dr. Edgardo Quiñones
Dr. M. García de Quevedo
Dr. Luis F. Santos Tió (4)
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Francisco Seín
Dr. Carlos Domínguez
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. A. Fernández Valdés
Dr. F. Berio (2)
Dr. J. Ramos Lebrón
Dra. Edith Z. Rodríguez (2)
Dr. Luis L. Biamón
Dr. I. González Martínez
Dr. Frederick Ellis
Dr. José S. Belaval
Dr. L. A. Balasquide
Dr. Arquelio Ramírez
Dr. Luis R. Moczó
Dr. Honorato Estella (2)
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Manuel de la Pila
Dr. Ramón Maldonado
Dr. Elías C. Segarra
Dr. Eduardo D. Maldonado
Dr. J. Forastieri (2)
Dr. Jacinto Zaratt
Dr. Julio A. Santos
Dr. Jorge del Toro
Dr. Max D. Sánchez
Dr. J. Rodríguez Olmo
Dr. Ana Janer

FONDO PRO MEJORAS AL EDIFICIO

Compañeros que han aportado hasta la fecha su cuota de cien dólares:

Alonso, Miguel
Amorós, Luis A.
Antommattei, Armando
Añeses Arrache, José
Asencio, Fernando
Astor, Manuel A.

Barbosa, Guillermo
Bernabe, Adolfo
Bernabe, Rafael
Bladuell, Héctor A.
Blanes, Rafael A.
Bond, E. M.
Bonelli, Pablo M.
Bou, Alfredo L.
Bou, Alfredo V.
Busquets, Salvador S.

Caballero, Mariano B.
Cajigas, Tomás
Cardona, Néstor de
Carrasquillo, H. F .
Carrión, Arturo
Casalduc, F. J.
Colón, Julio E.
Colón, Rafael
Curbelo, Pablo G.

Dávila, Basilio
del Llano Sánchez, José Manuel
Domínguez, César

Estella, Honorato

Fernández García, Eugenio
Fernández, Luis J.
Fernández Marchante, F.
Fernández, Ricardo F.
Ferrer, José C.
Font, J. H.
Font Suárez, V.
Fossas, Manuel
Franceschi, Andrés

García Cabrera, E.
Garrido Collazo, J.
González, José F.
González Martínez, Isaac

Homedes, Juan

Iguina, José A.

Janer, Manuel
Jiménez, José D.
Juliá, Mario

Landrón, José
Laugier, Agustín R.
López de la Rosa, L.

Marqués, Guillermo
Márquez, Francisco
Marty, Randolfo
Mejía Ruiz, R.
Mejía, Alberto
Moczó, Luis R.
Montalvo Guenard, J. L.
Morales, Luis Manuel
Morles Otero, Pablo
Morales Ruiz, J. S.
Moreno, Narciso
Muñoz, Justo Luis
Muñoz MacCormick, C. E.

Navas Torres, A.
Noya Benítez, J.

Orpi, Pedro
Ortiz, Antonio
Otero López, A.

Palmieri, Julio
Palou, Pedro J.
Pavía Fernández, Manuel
Perea, Augusto

Perea, Nelson
Pérez, Eduardo R.
Picó, José
Pietri, Agustín
Pila, Manuel de la
Pons, Juan A.
Pujadas Díaz, Manuel

Quilichini, Carlos A.

Ramírez, Arquelio
Ramírez, Urbano
Ramos Lebrón, J.
Ramos Mimoso, J. R.
Rivas, Jaime
Rivera Aulet, R.
Rodríguez, Calixto
Rodríguez Olleros, A.
Roldán, Amalio
Rojas, Elí S.
Romeu Ortiz, E.
Rovira Palés, Carlos

Sabater, Juan A.
Sánchez Castaño, F.
Santos, Julio A.
Santos, Luis F.
Señeriz, R. H.
Serra Chavarry, J.
Sifre, Ramón J.
Suárez, Ramón M.
Susoni, Antonio H.
Susoni, Francisco M.

Talavera, Dámaso
Tomasini, Mario J.
Toro, Jorge del
Trelles, Laureano
Trilla, Federico

Vallecillo, Arsenio
Vallecillo, Luis A.
Velázquez, Rafael
Vilar, Rafael A.

Yordán, Luis A.

Zapata, Miguel A.

FONDO PRO MEJORAS AL EDIFICIO

Compañeros que han enviado parte de la cuota:

Acota, Guillermo
Acosta, Raúl R.
Acosta Velarde, Jaime
Alfaro Díaz, Félix
Arbona, Guillermo

Balasquide, Lorenzo
Berio, Francisco
Biamón, Luis L.
Buxeda, Fernando

Cadilla, Arturo
Caso, Hilario
Clavell, Luis C.
Costas Durieux, Jaime L.

Dunscombe, Colby W.

Fas Fagundo, Nayip
Fernández Fuster, M.
Fernández Valdés, A.
Ferrer Delgado, Tomás
Francisco, Roberto
Fuster, Jaime L.

Gándara, José N.
García Bird, J.
García, David E.
García Soltero, A.
García Ubarri, A.
Godreau, Miguel F.
González, Carlos
González Flores, J. R.
González, Héctor M.

Hernández del Valle, Pedro

Igartúa, Gregorio

Lassisse, Enrique
López, Hilton L.

Malaret, Pedro
Marchany, Antonio
Mariani, Miguel A.
Martínez Alvarez, A.
Martínez, Ernesto J.
Martínez Rivera, E.
Mejías, Francisco J.
Menéndez, José
Mujica, Agustín

Oliveras Guerra, A.

Pérez Toledo, A.

Quintero, Ernesto
Quiñones, Jesús M.

Ramírez Cuerda, T.
Reinhardt, Alice
Rivera, Rafael
Río, Juan del
Roca, Julio C.
Rodríguez Pastor, J.
Rodríguez Pérez, David
Román Benítez, M.
Ruiz de Porrás, F.

Sánchez, Luis A.
Sánchez, Max D.
Skerrett, Víctor
Soto Ramos, José

Torruellas, Severo

Velázquez, Federico
Veve, Miguel

FIRMAS DE PRODUCTOS FARMACEUTICOS QUE HASTA LA FECHA HAN CONTRIBUIDO PARA EL EQUIPO DE LA NUEVA BIBLIOTECA

Abbott Laboratories
Mead Johnson Company
Winthrop Chemical Company
Lederle Laboratories Company
Sterling Products
César A. Toro
H. V. Grosch Company
Burroughs Wellcome Company
E. R. Squibb & Sons
Schering Corporation
Cutter Laboratories
Afleg Laboratories
Pelegrina & Lloréns
Ciba Pharmaceutical Products
Hoffman-La Roche, Inc.
Roche-Organon, Inc.
Parke Davis
Frank W. Horner, Inc.
Vincent Christina & Co.
Endo Products, Inc.
Enrique Vélez Posada
A. S. Aloe Company

¿ES IMPORTANTE EL ORIGEN?



• El origen de un alimento infantil *es* importante, especialmente en conexión con los resultados que trae el producto terminado. En vista de los 25 años durante los cuales DRYCO ha sido digno de aprobación clínica, su origen merece estudio.

Durante cada paso de su elaboración, DRYCO está sujeto a estricta supervisión. Su pureza y uniformidad en cuanto a composición, están en todo momento, controlados por ensayos en el laboratorio. El análisis de muestras asegura la constancia de su calidad, de manera que el contenido de todas las latas de DRYCO sea idéntico.

La leche que finalmente se convierte en DRYCO, proviene solamente de vacas sometidas a la prueba de la tuberculina . . . vacas cuya salud es frecuentemente verificada por veterinarios competentes. De acuerdo con los requisitos sanitarios establecidos y cumplidos por el cuerpo de inspectores en las granjas de The Borden Company, esta leche de alta calidad se envía entonces a la planta DRYCO, donde es deshidratada inmediatamente.

Solamente con una vigilancia constante como ésta, se puede garantizar la uniformidad, composición, pureza y frescura de DRYCO.

En verdad, el origen de DRYCO *es* importante porque explica en parte, la aprobación profesional de DRYCO durante 25 años.



DRYCO

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL

Distribuidores para Puerto Rico:

PLAZA PROVISION COMPANY, Allen 15, San Juan, P. R.

Tratamiento Comprensivo

El tratamiento de la artritis como enfermedad general—no local—requiere medidas terapéuticas comprensivas y coordinadas.

En la terapia ertrónica se recomiendan dosis intensas—*ertronización*—para obtener el beneficio óptimo.

Para ertronizar. Ertron debe administrarse en dosis adecuadas durante largo tiempo. Empezando con dos cápsulas diarias, cada tres días se agregará una cápsula a la dosis diaria hasta llegar a seis cápsulas diarias. Esta dosis se mantendrá sin interrupción hasta alcanzar la mejoría máxima.

La medicación analgésica puede utilizarse cuando esté indicada, especialmente durante el período inicial del tratamiento.

La fisioterapia adecuada puede instituirse también, y las medidas ortopédicas generalmente son de gran ayuda. La eliminación de focos de infección también debe formar parte del programa.

Siendo de acción general, Ertron ataca la artritis como enfermedad general. Su utilidad antiartrítica ha quedado establecida en los artículos publicados durante un período de diez años.



Los informes publicados por los investigadores no atañen a otro producto más que Ertron—el agente empleado en los estudios clínicos.

NUTRITION RESEARCH LABORATORIES • CHICAG

del Paciente Artritico

Bibliografía

SNYDER, R. G., SQUIRES, W. H., FORSTER, J. W. and RUDD, E.: A Comparative Study of Ultraviolet Irradiated Ergosterol (Steenbock Process) and Electrically Activated Ergosterol (Whittier Process) —A Preliminary Report, Journal-Lancet, *114*:25 (Jan.) 1944.

GOLDBERG, S. A.: The Pathology of Arthritis, Amer. J. Clinical Pathology, *14*:1 (Jan.) 1944.

ZISKIN, D. E., GIBSON, JR., J. A., SKARKA, A. and BELLOWS, J. W.: Effects of Large Daily Doses of Vitamin D on Teeth and Jaws of Rats and on Humans, J. Dental Research, *22*:457, (Dec.) 1943.

REYNOLDS, C. and BURNS, E. L.: The Effect on the Rat of Prolonged Administration of Large Doses of Electrically Activated Vaporized Ergosterol, Indust. Med., *12*:835 (Dec.) 1943.

SNYDER, R. G., SQUIRES, W. H., FORSTER, J. W. and RUDD, E.: The Therapeutic Value of Electrically Activated Ergosterol When Administered Intramuscularly—A Preliminary Report, Indust. Med., *12*:663 (Oct.) 1943.

SNYDER, R. G., SQUIRES, W. H., and FORSTER, J. W.: A Six-Year Study of Arthritis Therapy with Special Reference to the Pharmacology, Toxicology and Therapeutics, Indust. Med., *12*:291 (May) 1943.

LEVINTHAL, D. H. and LOGAN, C. E.: The Orthopedic and Medical Management of Arthritis, Journal-Lancet, *63*:48 (Feb.) 1943.

REYNOLDS, C.: Comparative Therapeutic Value and Toxicity of Various Types of Vitamin D, Journal-Lancet, *62*:372 (Oct.) 1942.

SNYDER, R. G., SQUIRES, W. H., FORSTER, J. W., TRAEGER, C. H. and WAGNER, L. C.: Treatment of 200 Cases of Chronic Arthritis with Electrically Activated Vaporized Sterol (Ertron), Indust. Med., *11*:295 (July) 1942.

STECK, I. E.: Further Clinical Experience in the Treatment of Arthritis with Vitamin D, Ohio State M. J., *38*:440 (May), 1942.

SNYDER, R. G. and SQUIRES, W. H.: Follow-up Study of Arthritic Patients Treated with Activated Vaporized Sterol, New York State J. Med., *41*:2332 (Dec.) 1941.

REED, C. I., STRUCK, H. C. and STECK, I. E.: Vitamin D: Chemistry, Physiology, Pharmacology, Pathology, Experimental and Clinical Investigations, pp. 275-310, University of Chicago Press, 1939.

ERTRON*

Ertron solo—y ningún otro producto—contiene ergosterol vaporizado, activado por energía eléctrica—Método de Whittier.

Presentación:
En frascos de 50 y 100 cápsulas.



*Reg. U. S. Pat. Off.

Distribuidores Exclusivos:
Pelegrina & Llorens, Inc., San Juan

THESODATE (Brewer)

Definition: Thesodate (Brewer) is the original ENTERIC COATED tablet of Theobromine Sodium Acetate.

Indications: Thesodate (Brewer) is indicated in the treatment of coronary artery disease, edema, and hypertension.

Distribution: Thesodate (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
*Thesodate, 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

Dose: One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION:

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G., Arch. Int. Med., Vol. 60, page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F., J. A. M. A., Vol. 109, page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E., Am. H. Jour., Vol. 19, page 639, Number 6, June, 1940.

* Thesodate, 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, INC. **Worcester, Mass., U.S.A.**

Pharmaceutical Chemists Since 1852

HERISAN

(MARCA REGISTRADA)

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" Y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA:		
	50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D por gramo	10 gramos
	Acido Bórico	2 gramos
	Oxido de Zinc	15 gramos
	Talco	15 gramos
	Vehículo	58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en: HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, etc.

Preparado por

ANDROMACHUS CORPORATION

22 East 49th Street. New York 1s-17, N. Y.

Distribuidor: **E. VELEZ POSADA,** Plaza de Colón, San Juan.

kalak
REG. U.S. PAT. OFF.

With the coming of the heated season KALAK has the capacity of relieving conditions due to heat-effects, the basis of many complaints. It is refreshingly delicious, sparkling, alkaline.

A post-card to us signed by the doctor will bring him our cards giving accepted clinical laboratory normal data, gratis.



KALAK WATER COMPANY
OF NEW YORK, INC.
30 Rockefeller Plaza - New York 20

Distributed by
RODOLFO BERNAL
San Juan, Puerto Rico

THE NEW YORK POLYCLINIC
ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL
(Organizada en 1881)
La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

Obstetricia y Ginecología

Un curso completo. En Obstetricia: conferencias; clínica prenatal; presencia a partos normales y operatorios; operatoria obstétrica (maniquí.)

En Ginecología: conferencias; exploración clínica; presencia de operaciones; examen preoperatorio de pacientes; clínica post-operatoria de las pacientes en las salas.

Patología obstétrica y ginecológica; anestesia regional (en cadáver). Asistencia conferencias en Obstetricia y Ginecología.

Cursos Completos y Clínica
de las enfermedades de:

OJOS - OIDOS
NARIZ
GARGANTA

PARA EL
Cirujano General

Curso combinado que comprende: cirugía general, c. traumática, c. abdominal, gastro-enterológica, ginecológica y urológica. Asistencia a conferencias, presencia a operaciones, examen preoperatorio y post-operatorio de enfermos así como un curso ulterior en las salas. Patología, radiología, fisioterapia. Demostraciones en el cadáver sobre anatomía quirúrgica, cirugía torácica, anestesia regional. Cirugía operatoria y ginecológica en el cadáver.

Radiología

Revisión comprensible de los conceptos de física y altas matemáticas necesarios, interpretación de placas, todos los procedimientos diagnósticos de uso standard, métodos de aplicación y dosis de radioterapia, radium y rayos X; procedimientos fluoroscópicos standard y especiales. Revisión de lesiones dermatológicas y tumores susceptibles de radioterapia, así como con los métodos y cálculos de dosis en los tratamientos. Especial enseñanza de los más nuevos métodos diagnósticos por medio de contraste (broncografía) al lipiodol, uterosalpingografía, visualización de las cámaras cardíacas, insuflación perirenal y mielografía. Se incluyen, instrucciones sobre disposición y dirección de departamentos radiológicos.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A
MEDICAL EXECUTIVE OFFICER: 345 West 50th St., New York City

EL CALOR HUMEDO

en el tratamiento de los diviesos y carbuncos

El Calor Húmedo de una cataplasma de ANTIPHLOGISTINE, además de su acción higroscópica y osmótica, conviene en el tratamiento de los Diviesos y Carbuncos.

Aplicada confortablemente caliente, la ANTIPHLOGISTINE retiene el Calor Húmedo por muchas horas. El dolor y la incomodidad entonces disminuyen, a la vez que se estimula la curación.

La ANTIPHLOGISTINE puede usarse juntamente con la quimioterapia.

ANTIPHLOGISTINE

* * *

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., Nueva York

FRANCISCO GARRATON, S. en C.,
Apartado 1541, San Juan.

BROMORANGE

Por un procedimiento nuestro obtenemos una esencia soluble de nuestras naranjas dulces —(chinas)— de aroma gratísimo y con la cual hacemos un jarabe de naranjas dulces de sabor excepcionalmente agradable que nos proporciona un vehículo excelente para los bromuros de SODIO-AMONIO y CALCIO y los que son incorporados en la preparación en la cantidad de 0.30 grm. de cada uno por cada 15cc. — (una cucharada).

BROMORANGE

AGRADABLE AL PALADAR

Frascos de 8 ozs. flds.

ANTINERVIOSO ★ SEDATIVO ★ CALMANTE

Producto de AFLEG LABORATORIES, San Juan, P. R.

DIGESOL

Es el nombre que distingue a nuestro elíxir de pepsina, que es más potente que el oficial —(N. F. VII). De fuerza proteolítica igual a 2 grms. de pepsina de referencia por cada 100cc. Que está edulcorado con glicerina solamente, en un medio ácido — (0.20% de ácido clorhídrico)

DE SABOR A FRESAS EXQUISITO
VEHICULO EXCELENTE
DIGESTIVO AGRADABLE

Frascos de 8 ozs. flds.

Producto de AFLEG LABORATORIES, San Juan, P. R.



Historia de la Hemoterapia

La primera transfusión de sangre realizada con éxito se remonta a los tiempos de Luís XIV y la practicó en Paris, en junio de 1667, el doctor Jean Baptiste Denis. Se trataba de un joven de unos 15 años, víctima de una fiebre desconocida, a quien se le transfundio sangre de cordero. La segunda transfusión fracasó y el procedimiento fué declarado ilegal, salvo con la sanción de la Faculté de Medicine.

* * *

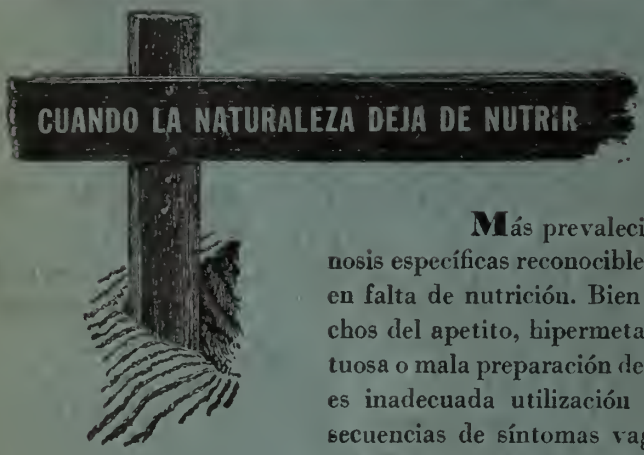
Los comienzos son siempre escabrosos. El arte de la transfusión ha ido muy lejos y ha culminado con el advenimiento de la plasmoterapia.

El Plasma Sanguíneo "LYOVAC" (plasma normal humano liofilizado) representa la última palabra en materia de sucedáneos sanguíneos y actualmente se emplea con notables resultados en el tratamiento del *shock*, *hemorragias*, *quemaduras graves*, *hipoproteinemia*, *etc.* No requiere la clasificación previa de la sangre del receptor y en su forma deshidratada se conserva muchos años sin necesidad de refrigeración y sin perder ninguna de sus propiedades terapéuticas.

Presentación: En váculas de 50 cc. y 250 cc. con un frasco de agua destilada y apirogenética para convertir el plasma a su estado original líquido en pocos minutos. **Sharp & Dohme, Philadelphia, E. U. A.**

PLASMA SANGUINEO "LYOVAC"





Más prevalecientes que las hipovitaminosis específicas reconocibles, son los casos que lindan en falta de nutrición. Bien sean causadas por caprichos del apetito, hipermetabolismo, absorción defectuosa o mala preparación de los alimentos, el resultado es inadecuada utilización vitamínica con sus consecuencias de síntomas vagos pero molestos.

Las Perlas 'Multicebrin' (Pan-Vitaminas, Lilly) son especialmente valiosas para estos pacientes. Una perla suministra las necesidades óptimas diarias de seis vitaminas consideradas esenciales en la nutrición humana, así como también cantidades significativas de otros tres factores importantes. Una perla 'Multicebrin' al día es adecuada en la mayoría de los casos.

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION
Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.



HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

AÑO XXXVII JUNIO, 1945 NUMERO 6

MAR 2 2 1946

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO



P. O. Box 3081 — San Juan, P. R.

SUMARIO

Página

Post-Partum Traumatic Gynatresia—Report of Two Cases, Jorge García Bird, M.D., Fajardo, P. R. ---------- 205

Atabrine in the Treatment of Endemic Typhus Fever, Guillermo Arbona, M.D., Santurce, P. R. ---------- 208

A Experimental Study of the Treatment of Paralyzed Skeletal Muscle by Electrical Stimulation (Including a Contribution to the Physiology of Normal and Denervated Skeletal Muscle of the Rat), Salvador Arana-Soto, San Juan, P. R. ---------- 211

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del Mes ---------- 232

Reunión de las facultades médicas de la Escuela de Medicina Tropical y el Hospital de Distrito de Bayamón ---------- 233

Conferencias de divulgación médica ---------- 233

Club Médico ---------- 234

Personales ---------- 234

Sección de la Biblioteca ---------- 237

Página del Auxilio Médico Mutuo ---------- 239

Segunda campaña pro fondo mejoras al Edificio ---------- 240

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

(Publicación Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico)

Avenida Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, Puerto Rico

DR. E. MARTINEZ RIVERA
Editor y Administrador

Editores Asociados

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. A. M. MARCHAND
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

El BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO es el órgano oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico. Se publica el día último de cada mes, constando cada volumen de 12 ediciones.

Los trabajos originales deben ser enviados al Editor-en-Jefe, Apartado de Correos 3866, Santurce 29, Puerto Rico, o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); año; volumen y página. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Si el artículo viene acompañado de ilustraciones, debe indicarse en el texto el sitio donde se desea que sean éstas intercaladas. Al dorso de cada ilustración debe hacerse constar claramente el título que deberá acompañarla.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Editor-en-Jefe.

Información en relación con anuncios será suplida a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio estará sujeto a la aprobación del Editor-en-Jefe.

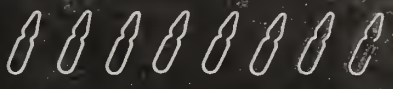
Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Puerto Rico under the act of August 24, 1912.

ORETON

The male climacteric may be expressed in a variety of related or seemingly unrelated symptoms . . . constitutional, vasomotor, genitourinary and cardiovascular, predominating. Basic replacement therapy with the ORETON preparations of male sex hormone, testosterone and methyl testosterone, provides effective treatment with gratifying relief of distressing symptoms.

ORETON AMPULES



(Testosterone propionate) — 5 mg., 10 mg. and 25 mg.

ORETON·M TABLETS

(Methyl testosterone) — Tablets of 10 mg.

ORETON·M OINTMENT



(Methyl testosterone) — Tube of 50 grams, 2 mg. hormone per gram.

SCHERING

SCHERING CORPORATION · BLOOMFIELD · N. J.

MAINTAIN THE OFFENSIVE—BUY WAR BONDS

Distribuidor: CESAR CASTILLO, Tetuán 10, San Juan, P. R.

para aligerar el peso físico...

que pesa sobre la psique



LAS Tabletas de Sulfato de Benzedrina, debido a su benéfica estimulación del sistema nervioso central, tienen la tendencia de disminuir el apetito excesivo, suprimiendo en el paciente obeso—usualmente neurótico—el deseo de comer a todas horas, haciendo que éste se ajuste a la dieta de bajas calorías prescrita por el médico.

El renombrado especialista, J. Ersner, en más de 500 casos de pacientes obesos, y en 55 de individuos "con apetito desmesurado," obtuvo, a pesar de algunos fracasos, pérdidas de 3.2 libras semanales en períodos consecutivos de 3 a 12 semanas.

Lesses y Myerson después de haber tratado favorablemente con Sulfato de Benzedrina cientos de casos de obesidad, afirman: "*no hemos visto nunca evidencias de afición a la droga.*"

MAS DE 100 AÑOS SIRVIENDO A LA PROFESION MEDICA

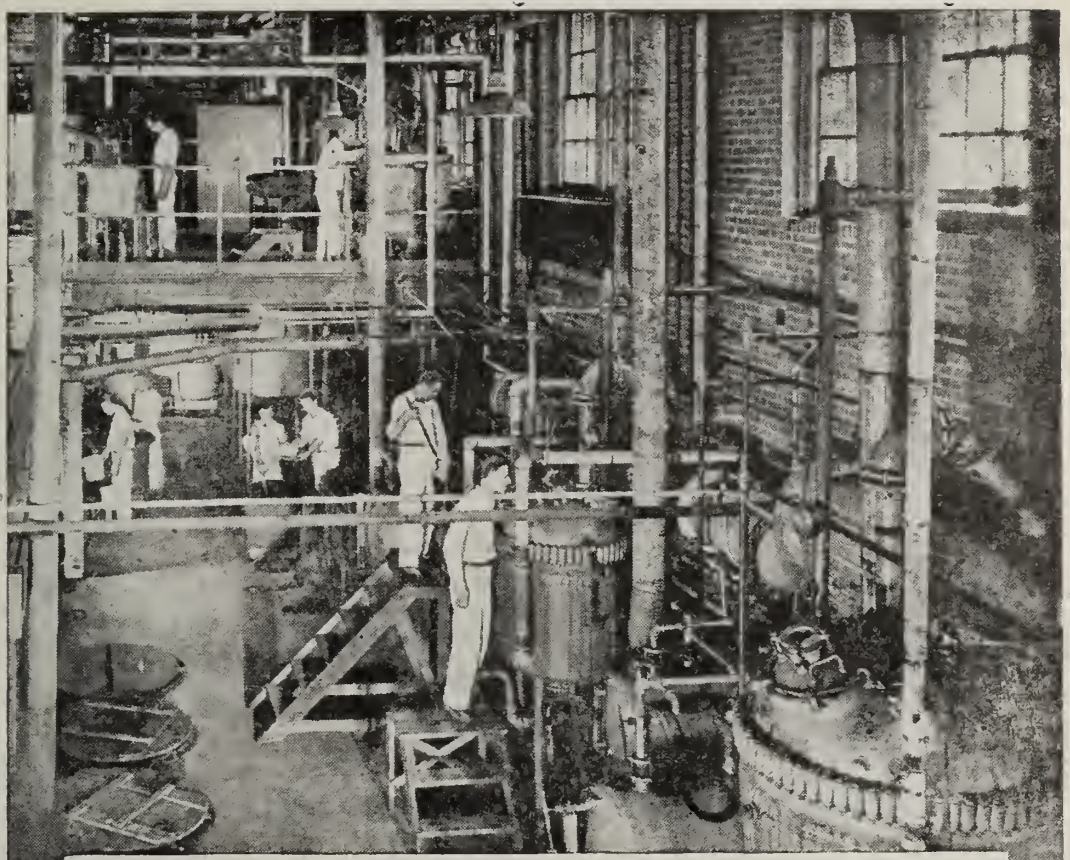
SKF 1841 1944

A su petición le enviaremos directamente literatura, posología y muestras sobre este producto.

TABLETAS DE

SULFATO DE BENZEDRINA

LABORATORIOS SMITH, KLINE & FRENCH • FILADELFIA, PA., E. U. A.



se destaca por...

ESMERO EN LA ELABORACION

Los aparatos más modernos—muchos de ellos diseñados especialmente—forman las grandes plantas de MERCK. El personal es especializado. El ambiente, rigurosamente higienizado. La fabricación de los productos MERCK resulta por lo tanto de excelencia máxima. Nuestros investigadores científicos hallan que los productos finales corresponden exactamente a sus fórmulas. Por esto, todo producto MERCK es de alta calidad y de completa confianza.

Sea usted médico, químico, farmacéutico o fabricante, escríbanos y le remitiremos información detallada sobre nuestros productos y sus precios.

MERCK & Co., Inc.

QUIMICOS • MANUFACTUREROS

Rahway, New Jersey, Estados Unidos de América

El niño crece si apetito tiene,
si lo que come a su salud conviene.
Tendrá mejillas de color de rosa
y la merienda le sabrá sabrosa
si de la marca CLAPP'S toma alimentos
que a los nenes gorditos y contentos
por lo mucho de bueno que contienen,
a diario, dondequiera, los mantienen.



LOS bebés reciben con una sonrisa la suave consistencia y rico sabor de los ALIMENTOS CLAPP'S PARA NIÑOS, porque éstos no sólo abundan en componentes nutritivos que robustecen el cuerpo, sino que sirven para educar a la criatura en el gusto de diferentes sabores alimenticios. Elaborados en colaboración con especialistas en materia de nutrición infantil, los alimentos CLAPP'S hacen de la alimentación del nene una tarea sencillísima y segura.

Suministrando *3 veces más* hierro que los cereales ordinarios en grano y sin elaboración especial, y *2½ veces* unidades de vitamina B_1, el INSTANT CEREAL de CLAPP'S y la AVENA INSTANT contienen cuanto debe haber en el primer alimento sólido del bebé. Las mamás notan pronto que son fáciles de preparar . . . y económicos.

Son particularmente nutritivos los ALIMENTOS CLAPP'S COLADOS, pues se preparan de modo que no pierdan su valor nutritivo al cocerse. Facilísimos de digerir, vienen en 18 variedades distintas de frutas, sopas y legumbres.

Con poca fibra y bien picados para que se masquen fácilmente, las 15 variedades de alimentos CLAPP'S "JUNIOR" resultan ideales para niños de mayor edad. Incluyen platos de *combinación*—vegetales y carne—que contienen hasta 10 elementos esenciales de salud en cada porción.



ACCEPTED

Los nenes medran con los alimentos CLAPP'S.
¡Pruébelos hoy mismo!

ALIMENTOS PARA NIÑOS CLAPP'S

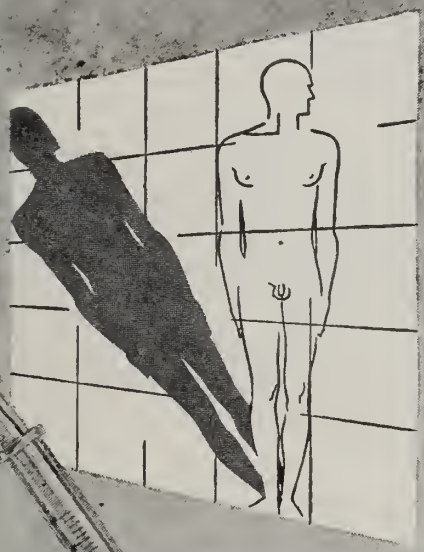
INSTANT CEREAL	INSTANT OATMEAL	STRAINED FOODS	JUNIOR FOODS
PRE-COOKED	PRE-COOKED	18 VARIETIES	15 VARIETIES

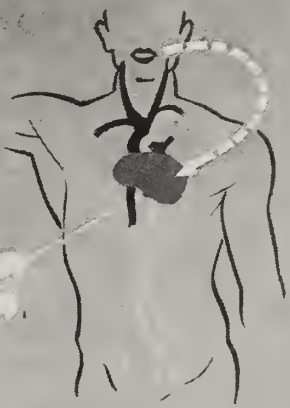
Distribuidores:

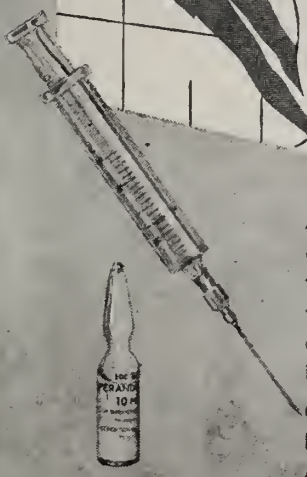
FRANCISCO N. CASTAGNET - Tanca 1, San Juan, P. R.

COMBINED ANDROGENIC THERAPY

(PER ORAL AND PARENTERAL)







Accumulating clinical reports show that prompt results are achieved — in both the male and female — when androgenic therapy is initiated with PERANDREN*, and then followed with METANDREN* Tablets. Both intramuscular and oral forms contain the most effective androgenic substances known, and if desired may be used interchangeably in most indications.

Common Indications for Androgenic Therapy: Impotence, Hypogonadism, Eunuchism, Angina pectoris — Menorrhagia, Metrorrhagia, Menopause, Dysmenorrhea.

PERANDREN (testosterone propionate) and METANDREN (methyl-testosterone) have all the advantages of the natural testicular hormone, testosterone.

PERANDREN AND METANDREN

*Trade Marks Reg. U. S. Pat. Off.

PERANDREN: in ampuls of 1 cc. containing 5 mg., 10 mg., and 25 mg.
METANDREN: in tablets of 10 mg., scored.

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC. • SUMMIT, NEW JERSEY
IN CANADA, CIBA COMPANY LIMITED, MONTREAL

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc. Salvador Brau 70, San Juan 17, P. R.



¿CUAL ES EL CARBOHIDRATO IDEAL?

La leche modificada con 'Dexin' proporciona al médico un método seguro para proteger la salud del niño.

Este producto, por su alto contenido en dextrina, actúa disminuyendo la fermentación intestinal y la tendencia al cólico y a la diarrea. Acelera la formación de un cuajo blando y fácilmente digerible.

El alto valor nutritivo, su riqueza en calorías y su sabor agradable, hacen del 'Dexin' la fórmula perfecta en la alimentación infantil.

'DEXIN':

Dextrinas	75%
Maltosa	24%
Residuos Minerales	0.25%
Agua	0.75%

Frascos de 12 onzas y 3 libras.



MARCA 'DEXIN' REGISTRADA

Carbohidrato rico en dextrina

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

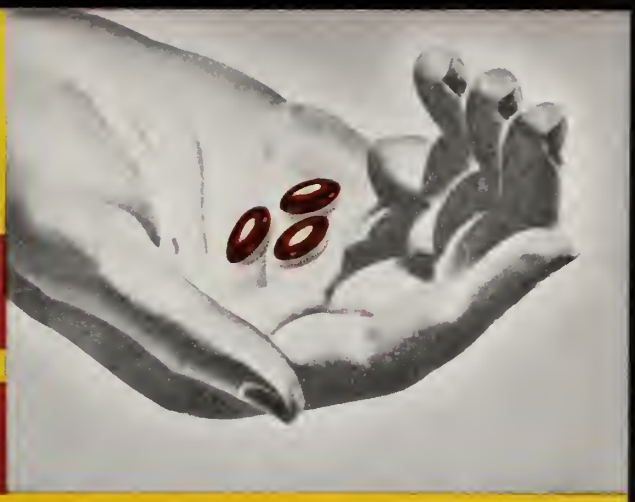
9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

Distribuidor Exclusivo: RAFAEL A. VILLAMIL, Apartado 530, San Juan, P. R.

3

PLASTULES HEMATOGENAS



Tres PLASTULES HEMATOGENAS SIMPLES proporcionan una dosis diaria de 0.96 Gm. de hierro ferroso. Esto es suficiente para la pronta regeneración hemoglobínica en la mayoría de los casos de anemia hipocrómica.

CAMPO TERAPEUTICO DE LAS PLASTULES HEMATOGENAS:

Las anemias causadas por deficiencias nutritivas pueden corregirse económicamente con la administración de PLASTULES HEMATOGENAS y un régimen alimenticio satisfactorio.

Ciertos estados peculiares de la mujer contribuyen a que éstas sean más vulnerables que el hombre, a las anemias. La menstruación causa una pérdida constante de hierro que hay que reponer.

De igual modo, el sostenimiento y restauración de cantidades adecuadas de hemoglobina durante el embarazo, después del parto y durante la lactancia, son de suma importancia.

Durante la niñez y adolescencia la hemoglobina total aumenta de acuerdo con el crecimiento, y las reservas de hierro en el cuerpo deberán sostenerse proporcionalmente.

Las anemias causadas por pérdida de sangre (notablemente las que se presentan durante y después de las operaciones quirúrgicas) quedan influídas favorablemente con un consumo adecuado de hierro. Entre los donadores de sangre, la velocidad de la regeneración de la hemoglobina aumenta casi en un 50% y el período de restablecimiento se acorta considerablemente cuando se les administran pequeñas cantidades de hierro.

Las úlceras hemorrágicas del estómago y del conducto intestinal, las hemorroides y las hemorragias debidas a lesiones tuberculosas, a veces perjudican el cuadro sanguíneo y le presentan verdaderos obstáculos al médico.

Las PLASTULES HEMATOGENAS resultan eficaces y económicas para mejorar los estados arriba mencionados. Se toman cómodamente y son bien toleradas.

Wyeth International Limited NEW YORK, E. U. A.

RECETE

PLASTULES HEMATOGENAS

durante el embarazo, y en casos de pérdidas crónicas de sangre y de anemia hipocróm

Las Plastules Hematógenas suministran hierro en estado *ferroso*, listo para absorb para la formación de hemoglobina. Están selladas herméticamente en cápsulas elás solubles de gelatina, para impedir su oxidación.



Las Plastules Hematógenas ofrecen las ventajas de un preparado ferroso moderno:

EFICACIA
COMODIDAD
TOLERANCIA

a menos costo que el de las otras formas de hierro usadas en anemias secundarias.

SON EFICACES

Las PLASTULES HEMATOGENAS oyudan al pronto restablecimiento de los niveles de hemoglobina en lo anemia hipocrómico, oun en casos complicados por aclarhidria.

SON COMODAS

Las pequeñas PLASTULES de gelatina se toman fácilmente y se disuelven pronto en el estómogo.

SON TOLERABLES

Lo pequeña dosis de PLASTULES HEMATOGENAS reduce las efectas desagradables de la administración de hierro por vía oral.



SE OFRECEN PLASTULES HEMATOGENAS SIMPLES O CON CONCENTRADO DE HIGADO, EN ENVASES DE 50.

DOSIS MEDIA:

PLASTULES SIMPLES:
1 PLASTULE, 3 veces al día, después de las comidas.

PLASTULES CON CONCENTRADO DE HIGADO:
2 PLASTULES, 3 veces al día, después de las comidas.

Printed in



LAS POTENCIAS MAS ALTAS AL COSTO MAS BAJO

Vitagalen es un jarabe sumamente eficaz y económico, que proporciona cantidades terapéuticas adecuadas de Vitamina A, Vitamina D, y los factores del Complejo de la Vitamina B.

Las Tabletas Vitagalen contienen además. cantidades efectivas de Vitamina C y de seis minerales fisiológicamente activos.

Tanto el jarabe como las tabletas Vitagalen pueden administrarse con absoluta confianza como complemento alimenticio diario, o para el tratamiento de deficiencias clínicas de vitaminas múltiples.

POTENCIAS

Dos tabletas (la dosis usual diaria para adultos) suministran:

Vitamina A	5000	Unidades F.E.U.
Vitamina D	800	Unidades F.E.U.
Vitamina C (ácido ascórbico)	50	miligramos
Tiamina	4	miligramos
Riboflavina	4	miligramos
Niacinamida	30	miligramos
Piridoxina (Vitamina B^6)	0.50	miligramo
Pantotenato de calcio	2	miligramos
Vitamina E	2	miligramos
Hierro	15	miligramos
Manganeso	6	miligramos
Yodo	0.10	miligramo
Cobre	1	miligramo
Calcio	200	miligramos
Fósforo	150	miligramos

Una cucharada (15 mls.), la dosis usual diaria para adultos, suministran:

Vitamina A	5000	Unidades F.E.U.
Vitamina D	400	Unidades F.E.U.
Tiamina (Vitamina B^1)	3.75	miligramos
Riboflavina (Vitamina B^2)	2.00	miligramos
Amidoniacina (Amidoacido-nicotínico)	25.0	miligramos
Piridoxina (Vitamina B^6)	1.0	miligramo
Pantotenato de calcio	3.75	miligramos

Galen Company

BERKELEY, CALIFORNIA, E. U. A.

Distribuidor: RODOLFO BERNAL, Apartado 2048, San Juan, P. R.



Su Superioridad Justifica Su Preferencia

En la época actual, las mujeres modernas se preocupan mucho por su higiene íntima. Y el hecho de que por más de 25 años toda mujer sensata use y prefiera la "DUCHA ROTATORIA TULLAR," prueba sus ventajas. Su regadera circular asegura completa limpieza interior—su arandela protectora, anatómicamente diseñada, es adaptable—la perilla blanca es de tamaño grande—la cánula es pulida. Tiene, además, una tapa protectora, una cánula rectal adaptable y viene en una caja de lujo con un estuche impermeable adicional para viaje.

Esta "DUCHA," inventada por el Dr. Tullar, es fabricada por la SEAMLESS RUBBER COMPANY, y en el sello "SR" lleva su garantía.

FABRICANTES DE LOS GUANTES "SR" STANDARD PARA CIRUJANOS

The **SEAMLESS** NEW HAVEN, CONNECTICUT E. U. A.

SR

Marca de Fábrica Registrada

RUBBER *Company*

FABRICANDO ARTICULOS DE GOMA DESDE 1877

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc.
Salvador Brau 70 — San Juan 17, P. R.



UN NUEVO AVANCE EN LA TERAPIA INSULINICA

Una nueva clase de Insulina es presentada a la Profesión Médica por los Laboratorios de Investigación de Burroughs Wellcome & Co. (E.U.A.), con el descubrimiento de la Globina Insulina con Zinc. Esta preparación, después de varios años de experimentación en el laboratorio y en la clínica, ha sido encontrada como:

a) Una insulina de acción pronta y prolongada.
b) Una solución clara que asegura una dosificación exacta y uniforme, y de menor efecto alergénico.
c) Una sola inyección por las mañanas es suficiente para el control adecuado de la mayor parte de los diabéticos.
d) Su acción concuerda con las necesidades fisiológicas del paciente: es máxima durante el día y desaparece lentamente cuando es menos necesitada, esto es, cuando el paciente se entrega al sueño.
e) Elimina prácticamente las reacciones nocturnas de las insulinas de acción muy prolongada, haciendo innecesaria la alimentación en la cama.

Frascos de dosis múltiples de 10 c.c. 80 unidades por c.c.

MARCA 'WELLCOME' REGISTRADA

GLOBINA INSULINA CON ZINC

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. de A.)

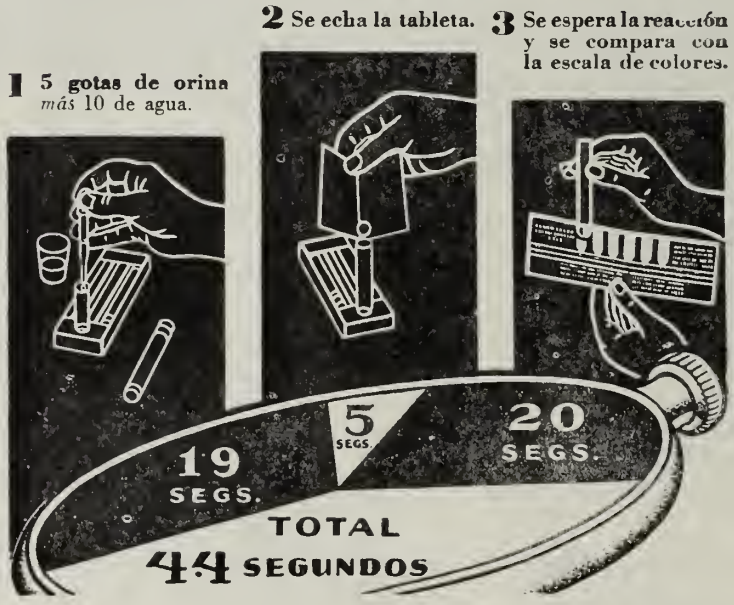
Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

Agente: RAFAEL A. VILLAMIL, Apartado 530, San Juan, P. R.

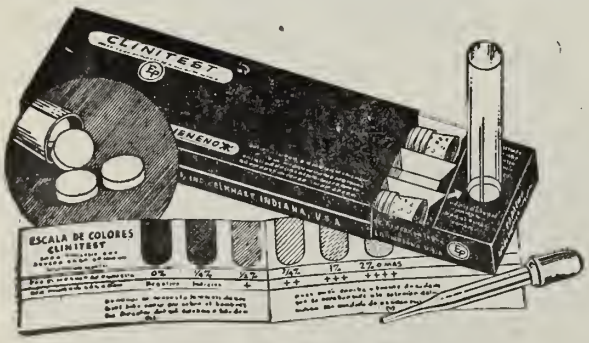
EN CUESTION DE SEGUNDOS SE DETERMINA EL AZUCAR EN LA ORINA

con el nuevo método

CLINITEST



Clinitest es el nuevo método, rápido, sencillo y económico, para determinar la proporción de **azúcar en la** orina. Está basado en una modificación de la conocida reacción de Benedict y conserva la progresión de los colores universalmente aceptada desde el azul hasta el verde y el anaranjado, indicativa de la presencia de azúcar en la orina en las proporciones de 0%, ¼%, ½%, ¾%, 1% y 2% o más.



Los juegos Clinitest se venden a precio muy módico, resultando en apreciable economía para cuantos necesitan recurrir a esta clase de análisis.

Hay juegos Clinitest de **50 tabletas** y juegos de repuesto de **75 tabletas.**

AMES COMPANY, INC.

Representante para Puerto Rico: FRANCISCO GARRATON, S. en C.

Allen 85 — Apartado 1541 — San Juan, P. R.

¿Tonsilitis? ¿Faringitis? ¿Laringitis?

℞ NUMOTIZINE

Emplasto Medicinal
(MODO DE USARSE)

Aplíquese una capa de 3 milímetros de espesor de NUMOTIZINE sobre la parte afectada. Repítase la aplicación cada ocho horas.

En las afecciones de las Vías Respiratorias, así como en las bronquiales, la acción analgésica y descongestiva, que an forma continua le proporciona NUMOTIZINE, resulta de gran alivio para el enfermo.



INDICACIONES:

Tonsilitis	Hinchazones glandulares
Faringitis	Laringitis
Bronquitis	Dolores artríticos

NUMOTIZINE se suministra en envases originales. Tarros de cristal de 57, 114, 228, 425 y 850 gramos.

NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin Street **Chicago 10, Illinois, E. U. A.**

Agente y Distribuidor Exclusivo para Puerto Rico
FRANCISCO N. CASTAGNET
Tanca 1, San Juan. P. R.

ANEMIA POR DEFICIENCIA

CAPSULAS HEMONUTRIN

Para un aumento óptimo de la hemoglobina

HIERRO

EN FORMA DE GLUCONATO

COMPLEJO B

HIGADO



COMPOSICION:	Cada Cápsula	Dosis Diaria (9 Cápsulas)
GLUCONATO FERROSO	194 mg.	1750 mg.
EXTRACTO DE HIGADO (Fracción Secundaria)	97 mg.	875 mg.
CONCENTRADO DE LEVADURA	32 mg.	292 mg.
CLORURO DE TIAMINA (B^1)	100 U.I.	900 U.I.
RIBOFLAVINA (B^2)	250 mcg.	2250 mcg.
PIRIDOXINA (B^6)	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO PANTOTENICO	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO NICOTINICO	2.5 mg.	22.5 mg.

Más el Complejo B entero contenido en el hígado y en la levadura.

Muestras clínicas y literatura se encuentran a la disposición de la profesión médica a solicitud.

Exclusive Representative:

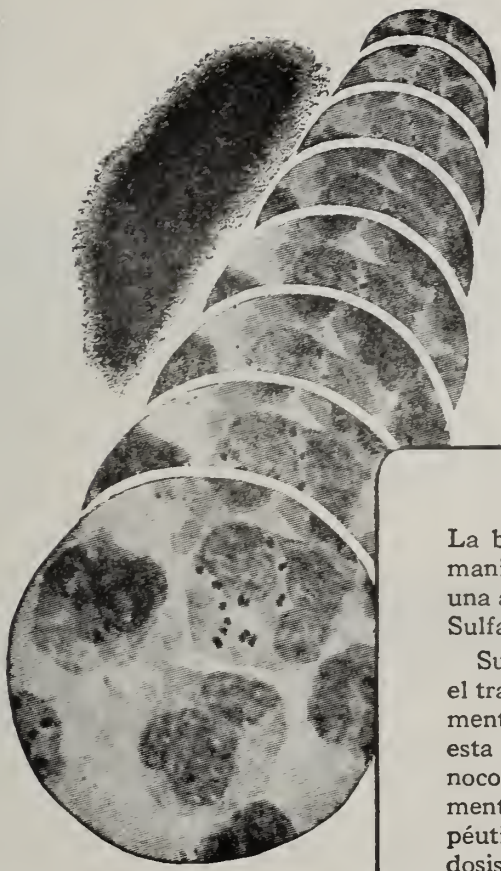
JOAQUIN BELENDEZ SOLA

56 Tetuán St. - P.O. Box 1188

San Juan 6, Puerto Rico

NION CORPORATION

LOS ANGELES NION CALIFORNIA



SULFADIAZINA
y
Blenorragia

La blenorragia, azote de la humanidad durante siglos, es hoy una afección vencida gracias a la Sulfadiazina.

Su empleo ha revolucionado el tratamiento y ha rendido altamente favorable el pronóstico de esta afección, cuyo agente, el gonococo de Neisser, es particularmente sensible a su acción terapéutica, a la concentración y dosis habitualmente alcanzadas en el tratamiento bien dirigido.

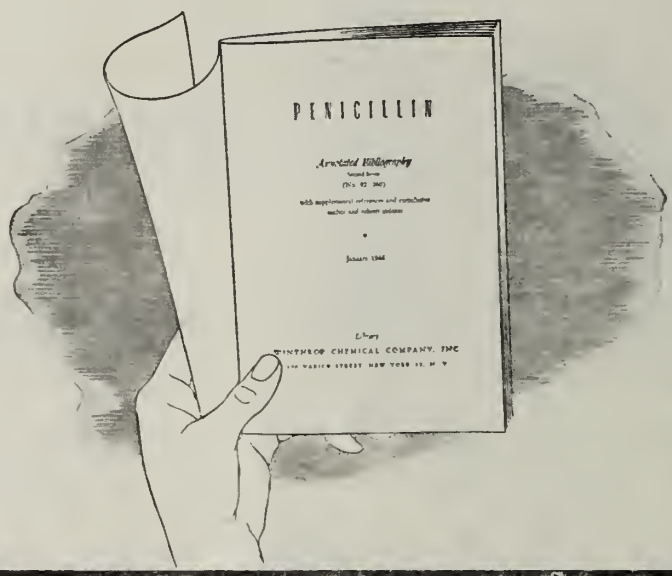
Su rápida asimilación, baja toxicidad, alta concentración en la sangre, descenso gradual del índice sanguíneo, gran solubilidad de su forma acetilada en la orina vuelta alcalina, hacen que la Sulfadiazina sea insustituible entre todos los sulfamidados.



LEDERLE LABORATORIES DIVISION OF AMERICAN CYANAMID COMPANY INC.

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, NEW YORK

SUCURSALES Y REPRESENTANTES EN TODA LA AMERICA LATINA



SECOND SERIES NOW AVAILABLE

• We will gladly send (gratis) to physicians a copy of this handsomely printed booklet on Penicillin. This is a highly informative and up-to-date annotated bibliography with supplemental references and cumulative author and subject indexes.

The entire production of Penicillin is currently under Government allocation. A substantial portion is being released for civilians. Through increased production Winthrop has helped to meet the great need for Penicillin.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician NEW YORK 13, N. Y. • WINDSOR, ONT.

Distribuidores para Puerto Rico:
WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC. - Allen 77, San Juan, P. R.

Todos los Elementos Nutritivos Conocidos Esenciales para el Crecimiento Normal del Niño Están Incluidos en

S. M. A.

● Además de suministrar los requisitos calóricos del niño normal—basados en la composición de la leche humana—S. M. A. contiene abundantes cantidades de los minerales y vitaminas necesarios para mantener el crecimiento óptimo y la salud.

Las anemias de la infancia son raras en los niños alimentados con S. M. A. porque S. M. A. contiene suficiente hierro (Fe)—aproximadamente 10 mg. por cada litro de alimento preparado—para suministrar este importante elemento al niño.

El contenido de vitamina A es amplio y constante durante todo el año. Hay bastantes vitaminas B_1 y D para impedir la deficiencia en la dieta de estos materiales esenciales. Al igual que a los niños alimentados con el pecho, es conveniente darles vitamina C—en forma de jugo de naranja o jugo de tomate—a aquellos que se alimentan con S. M. A.

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.
LONDRES, INGLATERRA SYDNEY, AUSTRALIA WALKERVILLE, CANADA

FS5, 3-40 SPANISH A IMPRESO EN E. U. A.

S. M. A.

Da Excelentes Resultados en la Nutrición porque S. M. A. Es Como La Leche Materna

S. M. A. es un alimento preparado especialmente para la alimentación infantil. Cuando se prepara de acuerdo con las direcciones es esencialmente similar a la leche materna.

No solamente son sus procentajes de proteína, grasa, carbohidratos y minerales iguales a los de la leche humana, sino que la grasa de S. M. A. se asemeja a la de la leche humana química y físicamente.

Por eso, a los niños normales les encanta S. M. A.—la digieren fácilmente y les va excepcionalmente bien con ella. Ud. puede esperar que los resultados obtenidos con S. M. A. serán iguales a los de la leche materna.



Aceptado por la Junta de Alimentos de la Asociación Médica Americana.

ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN.

S.M.A. CORPORATION
CHICAGO, ILLINOIS, E.U.A.

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.
LONDRES, INGLATERRA SYDNEY, AUSTRALIA
WALKERVILLE, CANADA

Distribuidores:
CASTAGNET & CASTILLO CO.
P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

Publicado mensualmente bajo la dirección de la Junta Editora

Año XXXVII | JUNIO, 1945 | Número 6

POST-PARTUM TRAUMATIC GYNATRESIA

REPORT OF TWO CASES.

JORGE GARCIA BIRD, M. D. *

Traumatic gynatresia, or atresia of the vagina, up to several years ago, was a very rare finding. However, with the advent of modern surgery of the vagina it's becoming more and more frequent, specially, with the increasing use of the electrocautery and radium.

They are important, not only because of the marked disability often produced by the accumulation of menstrual blood behind the obstruction in some cases, but because they withhold from their bearer the function of a woman's life - pregnancy and child bearing.

Traumatic cases may be classified under three headings:

1— Accidental cases.

2— Cases resulting from the traumatism of operation, including radiation, use of cautery, and chemical traumatism.

3— Post-partum cases: Atresia of the vagina in these cases is usually the result of trauma received during labor following by the growing together of the raw, or granulating parts, over a greater or less extent of a certain segment of the circumference of the vaginal tube. This usually occurs when application of forceps is done under unfavorable conditions, that is, where no hospital facilities are available, or when the doctor is inexperienced in the art of application of forceps, or when an application is attempted without the patient being anesthesized, and therefore without relaxation of the birth canal, especially vagina and perineum. Occasionally, there are cases of large babies or malpresentations, such as face, brow or posterior presentations producing so much trauma to the birth canal that raw surfaces are formed in the vaginal wall which on coming together will produce atresia of the vagina in various degrees, depending on the amount of trauma. Not infrequently, we find concomitant with the vaginal atresia, lacerations into the bladder wall or into urethra forming vesicovaginal or urethrovaginal fistulae. In this report we are concerned with two cases of post partum gynatresia of different degrees and the methods of operation

* Senior Medical Officer, Department of Obstetrics & Gynecology, Aguadilla Charity District Hospital.

which were used to bring about excellent results in both cases.

Case 1 — E. R.—Age: 43 years

Patient was admitted on October 26, 1944 with the following history: About 10 years ago, patient gave birth to a dead child with the aid of forceps. She had a severe post partum hemorrhage. During the puerperium, patient developed pain in the vagina canal accompanied by a profuse vaginal discharge and bleeding. Symptoms persisted for about two months, Since then she noticed that her vagina was closed and that she couldn't have any sexual relations with her husband. However, she continued to have her menses every month, lasting 4-5 days, moderate in amount, and sometimes accompanied by severe dysmenorrhea. Between periods she's being having all along a fetid leukorrhea. Family and personal history essentially negative.

Physical examination was essentially negative except for the vaginal findings. There was practically no vagina; about 1|4 - 1|2 inch beyond introitus. No visible lumen could be seen and with a probe a place was found which look to be the lumen, but which did not allow the passage of the probe.

Next day, patient was taken to the operating room and under deep ether, the probe was finally inserted in the vaginal canal for about three inches. We then realized that it was not a stenosis of the vaginal canal with a normal vaginal pouch behind it, but a complete traumatic atresia of the vagina, therefore producing a complete absence of vagina. With a sharp cutting knife, we followed the probe inside, cutting in a horizontal plane in both sides. During the operation, many thick fibrous cords were encountered which were incised. Profuse oozing was controlled with hot towels. Finally we reached the cervix which was completely deformed by fibrous bands of adhesions. Then we were able to insert a medium size vaginal speculum all the way to the cervix establishing a canal. As there was no mucosa to cover the vaginal canal and not having the rubber rod used by other surgeons, we decided to pack tightly the vaginal canal with vaseline gauze. This was done. A retention catheter was left in place because we felt the pressure of the packing would interfere with spontaneous voiding.

Patient ran a mild febrile course and complained of moderately severe pain in the vaginal canal. Bleeding was scanty. Three days later, vaginal tampon was removed and speculum inserted. The lumen of the canal had remained open so far. There was mild bleeding. Another vaseline gauze tampon was inserted. Four days later, the same process was repeated. About ten days after operation, tampon was removed again and vaginal insufflation with sulfanilamide, 2 gm., powder was done. A vaginal tampon was inserted again. Two days later after removing tampon, another insufflation with sulfanilamide, 2 gm., was done. This time we were sure the lumen of the vagina was well established and healing was taking place throughout. We decided not to insert any more tampons, but to keep the canal well lubricated with K. Y. —jelly. This was done once daily using rubber gloves. On the 19th. post operative day, patient had a vaginal lumen of moderate size which allow the painless insertion of three fingers at a time, or a moderate size speculum. Epithelialization of wall had occurred throughout.

Patient was seen two months later at the O. P. D. clinic and examination revealed that the vaginal lumen had remain-

ed intact and still allow the painless insertion of three fingers or a medium size speculum. At home, patient had coitus without experiencing any pain, but other types of sensations were present.

Patient was again seen three months later and to our surprise we found patient was already two months pregnant. It is our believe that the repaired vagina should not be subjected again to the strain of another delivery, therefore, an elective low cervical Caesarean Section will be done on her on reaching full term.

Case II - E. M. - Age - 42 years (# 2181)

Following a delivery several years ago in which forceps were applied without anesthesia, patient developed a leukorrhea alba which was profuse. Coitus was very painful. On examination we found stenosis of the vaginal canal due to several constriction rings. These were incised laterally to the submucosa on both sides. Then by means of a finger introduced into the incision, the deeper tissues were spread apart. Then the incisions were closed vertically with through and through hemostatic sutures.

Patient was discharged ten days later with almost no stenosis of the canal. A constriction ring around the cervix was not incised. Since, patient has been seen in O. P. D. clinics and vaginal lumen is larger than it was previous to operation and no dyspareunia was experienced by the patient.

CONCLUSIONS

A complete traumatic atresia of the vagina due to a forceps delivery ten years before, was operated on. Lacking a rubber rod which has been suggestd by other surgeons, we inserted instead, a vaseline gauze tampon tightly into the vaginal canal, newly made, with subsequent excellent results. Two months afterwards, the vaginal would allow the painless insertion of three fingers or a moderate size speculum. Painless coitus was possible afterwards, and patient when seen in our O. P. D. clinic three months later, was already pregnant.

Another case showed only stenosis of the vaginal canal due to forceps delivery without anesthesia. Constriction rings were incised laterally and sutured vertically with excellent results. Patient has not experienced dyspareunia since then.

ATABRINE IN THE TREATMENT OF ENDEMIC TYPHUS FEVER*

GUILLERMO ARBONA, M.D. M.P.H.**

In 1940 and again in 1941 Pons[1] discussed the occurrence of Endemic Typhus Fever in Puerto Rico. In 1942 Riera López, Watt and Doull[2] studied the cases of Typhus that had been informed up to that time concluding that the disease was endemic in Puerto Rico. Koppisch[3] has recovered the responsible Rickettsia from human cases as well as from infected rats, definitely proving the presence of the disease in Puerto Rico.

Since 1939 when the first cases were reported to the Insular Health Department the number of cases has been increasing as shown in Table I and Chart I.

TABLE I

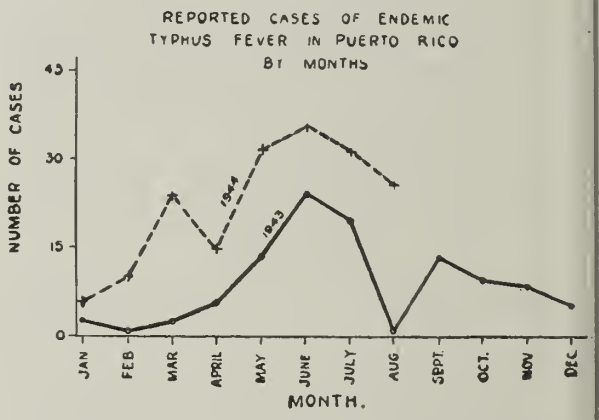
Cases of Endemic Typhus Fever Reported in Puerto Rico.

Year	*Number of cases reported*
1939	10
1940	10
1941	25
1942	43
1943	112
1944*	185

* Up to September 16, 1944.

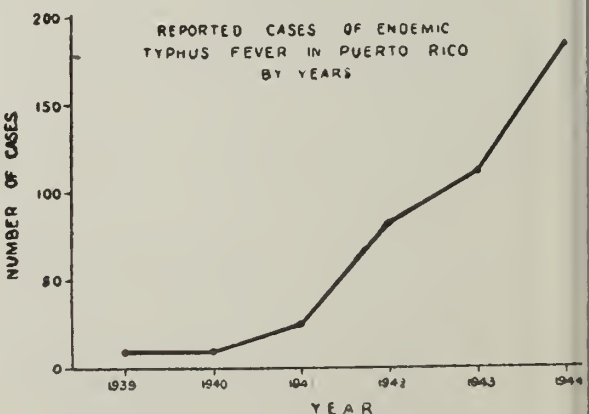
This increase may be only apparent, the result of better diagnosis and better reporting, or may be an actual increase. At present we can not say. Undoubtedly most physicians in the island are on the alert and cases are being diagnosed more often. The increase, however, is such as to make it easy to conceive an actual increase in the incidence of the disease.

CHART I



Out of a total of 112 cases reported in 1943, 101 or 91.2% were reported in San Juan and Río Piedras and only 11 or 8.8% in other municipalities. Most cases reported have been adults, 91.1% of cases reported being over 15 years of age. The geographic and age distribution of cases suggest a possible focus of infection in San Juan. Epidemiological evidence should be gathered further to prove or disprove this possibility.

CHART II



The treatment for Typhus Fever has been and still is mostly symptomatic.

* Read before the 1944 Meeting of the Puerto Rico Medical Association.

** From the Staff of the Medical Division, San Juan City Hospital.

Van Meerendonk[4] has reported on the treatment of several hundred cases with atabrine and atabrine and calcium with favorable results. Freed[5] reported two cases of Typhus treated with atabrine in which improvement coincided with the administration of the drug.

At the San Juan Municipal Hospital we have had opportunity of treating several cases of endemic typhus with atabrine. The diagnosis in these cases were made on the basis of the clinical picture presented and positive Weil Felix Reaction in high dilutions.

Atabrine was administered by mouth usually one 0.1 gram tablet three times a day. A few cases were given a larger dose during the first day, two 0.10 gram tablets every four hours during the first day and 1 tablet three times a day thereafter.

A similar number of cases that had been hospitalized and treated symptomatically previous to the start of the study are used as control.

Table II shows the cases treated and the control group and the duration of the fever before and after the administration of atabrine or hospitalization.

The average number days of fever before hospitalization or before atabrine treatment are practically the same, ap-

CHART III

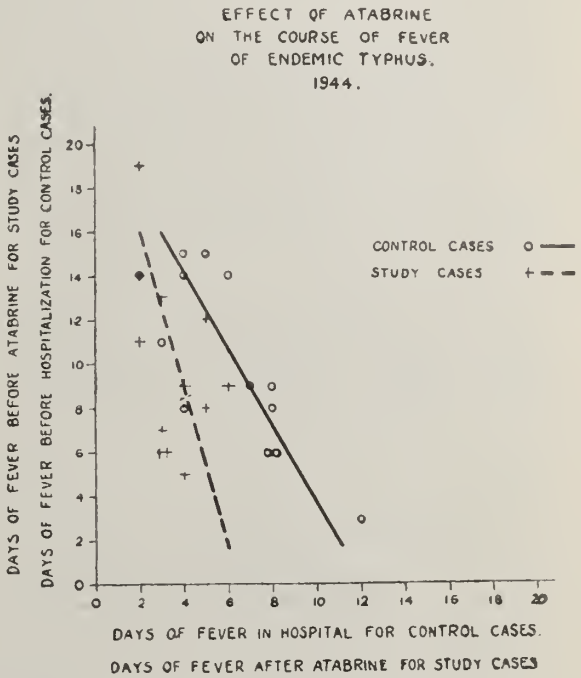


TABLE II

DURATION OF FEVER IN CASES OF ENDEMIC TYPHUS FEVER

Group receiving symptomatic treatment			*Group receiving atabrine*		
Case Number	*Days of fever before hospitalization*	*Days of fever after hospitalization*	*Case Number*	*Days of fever before atabrine was started*	*Days of fever after atabrine was started*
1	8	9	1A	12	5
2	15	4	2A	19	2
3	14	4	3A	7	3
4	15	5	4A	9	4
5	6	8	5A	11	2
6	3	12	6A	14	2
7	8	4	7A	9	6
8	9	7	8A	6	3
9	8	8	9A	8	11
10	14	6	10A	6	3
11	6	8	11A	8	5
12	11	3	12A	13	3
13	14	2	13A	5	4
Average	10.0	6.2	Average	9.8	4.1

proximately 10 days. In the control cases the fever continued for an average of six days after hospitalization and only for 4 days in the cases under atabrine treatment. Only one of the cases did not respond well to atabrine. This case was complicated by an acute arthritis of the knee joint.

In Chart III the control cases have been spotted indicating the number of days of fever before hospitalization and after hospitalization and the cases treated with atabrine indicating the days of fever before and after atabrine was administered.

From this chart it may be noted that the cases under atabrine treatment run a shorter course than the control group. It can also be noted that the earlier the administration of atabrine is started the earlier the fever subsides.

SUMMARY

1. The small number of cases on which this study is based does not warrant definite conclusions on the value of atabrine in the treatment of endemic typhus fever. 2. The results obtained seem to agree with the observations made by Van Meerendonk and Freed. 3. Because so far there is no other available form of treatment and the use of atabrine appears to reduce the course of the disease we feel that its use is indicated in the treatment of the disease. 4. In the thirteen cases here presented no reactions that could be attributed to the use of atabrine were observed.

BIBLIOGRAPHY

Pons, Juan A.—Is there Brill's disease in Puerto Rico?—Boletín de la Asociación Médica de P. R. 32:196-201 June 1940.

Pons, Juan A.—There is Endemic Murine Typhus Fever in Puerto Rico. Puerto Rico Health Bull. Vol. V. No. 110 pp. 383-386. Nov. 1941.

Riera López, Salvador, Watt, James and *Doull, James A.*—An Epidemiological Study of Reported Cases of Typhus Fever in Puerto Rico. Puerto Rico Journal of Public Health and Tropical Medicine. 27:216-222. March 1942.

Koppisch, Enrique—Personal Communication.

Van Meerendonk—Quinicrine—Calcium Therapy of Typhus.—Deutsche Militararzt April, 1942. As reviewed in the 1943 Year Book of General Therapeutics.

Freed, Harold—Use of Atabrine in Two Cases of Typhus Fever. M. Bull Vet. Adm. 19:446-447, April, 1943.

A EXPERIMENTAL STUDY OF THE TREATMENT OF PARALYZED SKELETAL MUSCLE BY ELECTRICAL STIMULATION

(INCLUDING A CONTRIBUTION TO THE PHYSIOLOGY OF NORMAL AND DENERVATED SKELETAL MUSCLE OF THE RAT)

SALVADOR ARANA-SOTO, M.D.
San Juan, P. R.

I

INTRODUCTION

The recent serious epidemics of acute anterior poliomyelitis, as well as the increasing number of war casualties with nerve and muscle injuries, have lent an increasing importance to the study of the physiology and treatment of denervated, paralyzed muscle, adding intensity to the revival of interest in the effects of electrical stimulation of muscle that we have witnessed in the past few years. A extensive study of denervation by J. Doupe,[1] in which he used as subjects a large number of soldiers disabled with nerve and muscle injuries, may serve as an example of how the present war makes a strong demand on our knowledge of the physiology and especially of the therapy of muscle paralysis by electrical stimulation.

For over a century clinicians have been reporting good results in the treatment of paralyzed muscle by electrical stimulation while physiologists in every part of the world have been carrying on a large amount of research in this field. But the results of this vast amount of work have been so divergent that, at this moment, diametrically opposed views are held by different scientists and physicians in regard to the value of electrical stimulation of paralyzed muscle: some regard it as useless; others give it preeminence over other methods of treatment. A serious controversy over this matter has divided physiologists and clinical physiotherapists. This state of affairs was clearly stated by S. L. Osborne and F. S. Grodins, at the end of 1942, as follows:

> "The value of and the rationale for the use of electrical stimulation in the treatment of denervated muscle are disputed points. Most clinical physical therapists, on the basis of "clinical experience," advocate its use. However, the value of such impressions gained from experience on human subjects is questionable. It is practically impossible to conduct a controlled study of this problem in man. Evidence derived from studies on experimental animals is contradictory. Many of these studies base their conclusions upon an insufficient number of experiments, inadequately controlled. However, the conclusions reached from several well controlled studies are about equally for and against the value of electrical muscle stimulation."

In this paper the authors considered in detail the evidence for and against the value of electrical muscle stimulation. They considered of particular importance the work of Fischer[3] to which we shall refer later. From the study of this evidence it is apparent that widely divergent results obtained by different experimenters are due to the different experimental conditions under which they have worked as well as to the lack of a definite guiding principle in their research. Different animals have been used, as well as different muscles of the same species of animals. In many cases the number of animals used was not sufficient; in others, it was not stated. When an alternating current was used, the frequency of stimulation seems to have been chosen at random. The same may be said of the variety

of currents employed —direct, alternating, faradic, condenser discharges— and of the duration and frequency of applications. As to the strength of the contractions, Fischer[3] said as early as 1939:

> "In nearly all these and earlier experiments weak electrical stimulation with single exceptions was used, since the prevailing view of the clinicians was and is in favor of weak electrical treatment."
>
> "Since in all these investigations the strength of the contractions produced was considered more or less unimportant, no attempt has been made to modify the character of the electrical stimulation according to well known changes in excitability during progressing atrophy.
>
> "The preference of weak and ineffective stimulation for therapeutic use is astonishing, if one regards the fact that all investigators, who reported training effects on normal muscles after daily electrical treatment, use strong currents."

The controversy over the nature of atrophy in denervated muscle brought even more confusion into the problem: is it atrophy of disuse or is it atrophy of exhaustion? In the latter case the use of electrical stimulation would not be considered justified although, as stated by Grodins, Osborne and Ivy:[4]

> "It is possible that electrical stimulation may be of value in other ways than in the production of contraction; it may decrease, or abolish fibrillation or it may increase blood flow through the muscle and improve its nutrition." "As far as we know, no one has studied the effects of stimulation per se (i. e., independent of contraction) on actual blood flow."

This was the state of affairs which existed in regards to the problem of the value of electrical stimulation of denervated muscle in 1943 when we first became interested in its solution. More recently and while our work was already under way, a few papers appeared which in the main points agreed with our views.

Hines, Thomson and Lazere[5] reported that electrical stimulation of sufficient intensity to produce strong contractions of the gastrocnemius of rats "delayed atrophy and enhanced recovery" after denervation. Strength, weight, creatine content were kept at a higher level with increasing intensities. The authors used induction shocks of a frequency of 120 per second for 3 minutes daily during 14 days.

Solandt, DeLury and Hunter in another papers[6] not only concluded that electrical stimulation reduces the loss of weight of denervated muscle in rats, but also arrived at findings in regard to the frequency to be employed which confirmed part of our own ideas, which we had been applying on a large number of rats since the beginning of our experiments and in a more detailed, complete and systematic manner. They used albino rats from 150 to 200 grams in weight, a small section of the sciatic nerve of which had been excised on one side. Treatments were repeated several times a day and lasted from one to five minutes each. Current intensity was 2.5 ma. and galvanic, faradic and alternating current of a frequency of 25 to 50 cycles was used.

In a more recent paper Hines, Thomson and Lazere distinguished between muscle atrophies due to denervation and fasting. In another recent paper, Doupe[1] and his collaborators, who used treatment by electrical stimulation after suture of the musculo-spiral nerve in man, concluded that "electrical therapy does not aid the recovery of denervated muscles except in so far as it assists in reeducation and in maintaining the mobility of the tissues." Other papers have appeared during the last year and more recently on different aspects of the physiology of denervated muscle but have no direct relation to our problem. The papers by Soskin and Levine[7] and by Solandt, DeLury and Hunter[8] express opposing views on the

effect of atropine and other drugs on the rate of atrophy of denervated muscle in monkeys and rats. The latter work brings forth evidence against any effect of fibrillation on loss of weight during atrophy.

In the following pages are reported the results of our experiments performed in view of studying systematically the problem of the value of electrical stimulation of denervated muscle and of finding the guiding principles to be applied in research and clinical work in this field.

II

STATEMENT OF THE PROBLEM

The fundamental problem to be solved is whether or not electrical stimulation is of value in the treatment of paralyzed muscle; upon this solution depends the fate of electrotherapy as an important part of physical therapy. If it is of value, what sort of current, what frequency, intensity, etc. is best suited to that purpose, i. e., what is the correct procedure to be employed? The first point can be settled by determining whether electrical stimulation is capable of an important reduction of the loss of weight and of tension of denervated rat muscle during atrophy. But in order to evaluate the effects of electrical stimulation on denervated muscle of albino rat, it is necessary to study certain points in the physiology of normal and denervated rat muscle. Accordingly, we set out to investigate the gastrocnemius muscle in our strain of rats regarding the following points: (1) Since, according to our knowledge, no mention is made in the literature of tetanic contractions in denervated muscle, except that of Fischer; since the possibility of obtaining these contractions in denervated muscle , and since its characteristics have not been stressed in the literature, we decided to study the problem in some detail. (2) It was necessary to compare the fresh and dry weights, the volumes, the strength of the normal gastrocnemius muscle on both sides —was there any difference in fresh and dry weight, volume and strength between the two normal gastrocnemii? (3) What was the ratio of the weight of the gastrocnemius to the body weight of the rat? (4) What was the rate of loss of weight in the denervated gastrocnemius? (5) What was the rate of loss of tension in the same case? (6) What relation was there between the frequency used and the tension developed both in normal and in denervated muscle? (7) We set out, besides, to gather as much information as possible about miscellaneous problems related to the electrical stimulation of denervated rat muscle.

III

MATERIALS AND METHODS

In our experiments we used adult albino rats more than 6 months old, all of the same strain, of a wide range of weights, of both sexes, according to the experiments performed, kept in groups or in separate cages if necessary, receiving the ordinary diet given to rats in the stockroom. Light ether anesthesia or intraperitoneal injection of nembutal solution was used during denervation and during stimulation, when necessary. A long portion of the sciatic nerve —never less than half an inch— was excised under aseptic conditions and at the end of each experiment careful examination was made to be sure that the stumps of the nerve were still discontinuous.

Most of the electrical stimulation was done with "the wide range electronic generator" devised by Mittelman, Grodins, Osborne, Milne and Ivy[9]. This is "an all

purpose RC oscillator and amplifier for medical and other research, providing a frequency range from 1.8 to 180,000 cycles with provisions for varying the wave form, obtaining exponentially rising currents, and "surging" direct currents."[9] In certain cases one of the commercial machines was used which delivered different modalities of both D.C. and A.C.

For the prolonged treatment of denervated gastrocnemius muscle, an indifferent electrode was placed on the belly of the rat and a small active pad electrode, soaked in saline, was held against the upper part of the belly of the muscle. The animal was held down on its back while the stimulated leg was held up by a clamp applied to the front of the ankle, so that the sole of the foot was horizontal and looking upwards and any desired weight could be hung from it.

For the measurement of tension developed by the gastrocnemius muscle of the rat a more complicated arrangement was necessary. The muscle to be tested, normal or denervated gestrocnemius, was completely separated from all the surrounding tissues so that it remained free and attached to the body only by its origin on the femur and so that it continued to receive its blood supply. Through an incision in the lateral part of the corresponding thigh the femur was firmly clamped so that it was horizontal to the plane of the table but perpendicular to the free gastrocnemius. This was clamped by its tendon to the lever of a wire myograph so that it was kept at its resting length. This upper clamp, which served also as one of the electrodes, with the aid of a setscrew could be moved farther or nearer along the perforated lever of the myograph, thus varying the lever-arm. This lever was soldered at right angles to the wire of the myograph and, at its other end and perpendicular to it, a mirror was soldered which was to amplify the minute deflections of the wire myograph caused by the isometric contractions of the muscle. In the dark a beam of light was sent on the mirror from a strong electric lamp, cooled by a small electric fan. The beam of light, in the form of the sharp, straight horizontal line, was reflected upon the slit of photographic camera, operated electrically. With this arrangement the rat, under light ether anesthesia, was held fast to a standing post by the clamp in its femur and its muscle stoop up vertically, clamped to the lever of the myograph. A pin thrust into the belly of the muscle served as the other electrode. The magnitude of the contraction was visualized as the reflected beam of light moved up and down the slit of the camera; it was measured as its extremity moved up and down the face of a meter stick and was recorded when so desired, by the film of the camera.

The tension developed was measured in grams by applying different weights to the myograph and measuring the deflection of the beam of light caused by them. The distance between the mirror and the camera was measured. Intensities for the different frequencies tested were just supra-maximal and were read directly from the ammeter of the machine. This could be moved around to any desired position, so that all the readings could be taken at the same time that the circuit was made and pictures were taken, all in a very short time so that fatigue of the muscle was reduced to a minimum. The muscle kept moist by the continuous application of warm saline solution and sufficient rest was allowed between contractions. The different parts of this arrangement could be moved to different relative positions as necessary so as always to obtain a sharp

beam of light and to read the amplifications easily.

IV

EXPERIMENTAL RESULTS ON THE PHYSIOLOGY OF DENERVATED RAT MUSCLE

1—Tetanic contractions in denervated muscle.

With supra-maximal current strength, different frequencies of alternating sinusoidal current were applied to the right gastrocnemius denervated from one to 30 days before. At least 70 adult rats of weights varying from 150 to 400 grams were tested. In a large number of cases the normal side was also tested and pictures were made in 40 of them. The frequencies used were routinely of 5, 10, 25, 50 and 100 cycles and in a good number of rats 20, 30, 40, 60 and 250 cycles were also used. The following pictures (Fig. 1) are typical of the results obtained in a wide variety of normal and denervated muscles at different stages of atrophy. Contractions were always obtained and above 10 cycles they were tetanic contractions both in normal and in denervated muscle. With 5 cycles they were clonic contractions but at 10 cycles they approached tetanus and at 20 and 25 were completely smooth, even 30 days after denervation.



Figure 1: *Tetanic Contractions in Denervated Muscle of Rat.*

2—Comparison of weight, volume and tension of right and left gastrocnemius

Eleven male adult rats of weights varying from 185 to 300 grams were killed by ether, their gastrocnemius muscle dissected out and weighed immediately. The results are given in Table I in which are given the weight of the animal, the weight of the right and left gastrocnemius, the difference in weight in each case, the average for each rat, the per cent difference of weight, the ratio of muscle weight to body weight. The per cent difference in weight was as high as 5 in only one case; the average per cent difference was only 2%. It may be concluded that in the normal albino rat there is very little difference in weight between the two gastrocnemius muscles.

In 12 normal albino rats of weights varying from 241 to 374 grams, the volumes of the partner gastrocnemii were determined. Table II shows our results. The average difference in volume between the two sides was only 4.33%, the highest difference being 9.23%. It can be concluded then that there is no significant difference in volume between the two gastrocnemii in the normal albino rat. The average density of the muscles was 1.0085.

Maximal isometric tensions were measured in 25 normal adult male albinó rats of weight varying from 192 to 402 grams, as shown in table III. The average difference between the two sides was found to be only 8.35%, the right muscle being stronger in 12 and weaker in 11 rats. There is then no significant difference in tension between the partner muscles. The average tension in grams per gram of body weight, of normal gastrocnemii at resting length, was found to be 8.685.

TABLE I

Weight of Normal, Right and Left Gastrocnemius in Rats

Body Weight	*Weight Right Gast.*	*Left*	*Percent Diff.*	*Ave. Wt.*	*Ave. Muscle Wt. Body Weight*
196	1.110	1.105	0.50	1.108	0.00565
239	1.390	1.370	1.50	1.380	0.00577
202	1.165	1.170	0.40	1.675	0.00578
185	1.000	1.050	5.00	1.025	0.00554
190	1.130	1.150	1.80	1.140	0.00600
200	1.140	1.110	1.60	1.125	0.00562
218	1.175	1.185	0.80	1.180	0.00541
213	1.225	1.170	4.70	1.198	0.00562
284	1.630	1.650	1.20	1.640	0.00577
240	1.330	1.375	3.40	1.352	0.00563
256	1.665	1.635	1.80	1.650	0.00644
274	1.650	1.715	3.90	1.683	0.00614
244	1.410	1.420	0.71	1.415	0.00580
241	1.210	1.230	1.65	1.220	0.00507
218	1.260	1.250	0.80	2.155	0.00575
240	1.440	1.440	0.00	1.440	0.00600
330	2.040	1.980	3.03	2.010	0.00609
328	2.055	2.130	3.64	2.093	0.00637
322	1.800	1.880	4.40	1.840	0.00554
356	1.885	1.860	1.34	1.875	0.00526
265	1.480	1.450	2.06	1.465	0.00552
374	2.130	2.030	4.90	2.080	0.00556
282	1.380	1.360	1.46	1.370	0.00485
Ave.					0.00560

TABLE II

Volume and Density of Partner Gastrocnemii in 12 Normal Rats

Body Weight	*Vol. Right Gastr.*	*Vol. Left Gastr.*	*Per Cent Diff. Vol.*	*Ave. Vol.*	*Density*
274	1.63	1.730	6.13	1.6800	1.0015
274	1.35	1.400	3.70	1.3750	1.0290
241	1.22	1.150	6.08	1.1850	1.0300
418	1.21	1.240	2.46	1.2250	1.0250
240	1.42	1.400	1.42	1.4100	1.0210
330	2.00	1.980	1.01	1.9900	1.0100
328	2.00	2.160	7.40	2.0800	1.0070
322	1.82	1.815	0.27	1.8115	1.0120
356	1.90	1.800	5.50	1.8500	1.0125
265	1.60	1.540	3.80	1.5700	0.9330
374	2.10	2.000	5.00	2.0500	1.0145
282	1.42	1.300	9.23	1.3600	1.0085
Ave.			4.33%		1.0085

Aver. density left gastr	1.014
Aver. density right gastr.	1.003
Aver. density gastr.	1.0085
Aver. % diff. in vol.	4.33%
Right vol. greater in	8
Left vol. greater in	4
Right dens. greater in	5
Left dens. greater in	7

TABLE III

Maximal Isometric Tensions in gms. per gm. of Body Wt. of Partner Gastrocnemii of Normal Adult Male Albinorat

Body Weight	*Maximal Tension Right Gastr.*	*Left Gastr.*	*% Diff.*	*Aver.*	*Average Max.Ten. Body Wt.*
330	2363	3490	47.60	2927	8.87
290	2460	2550	03.66	2505	8.64
292	2363	1913	11.70	2138	7.32
354	2813	3263	13.33	3038	8.58
278	2297	2484	08.16	2390	8.60
192	2016	2016	00.00	2016	10.50
192	1923	1734	01.09	1829	9.52
316	2391	2577	07.84	2484	7.86
226	1875	1875	00.00	1875	8.30
374	2811	2625	07.14	2718	7.24
338	2667	2833	06.24	2750	8.14
392	3660	3249	07.90	3455	8.81
234	2583	2250	14.80	2417	10.33
236	2334	2667	14.20	2501	10.60
368	3000	3501	16.70	3251	8.83
358	2625	2550	02.95	2588	7.23
334	2832	2665	06.24	2749	8.23
272	2333	2222	05.00	2278	8.37
355	2389	2500	04.23	2595	6.89
226	2500	2444	02.70	2472	10.95
290	2444	2333	04.76	2389	8.24
256	2556	2667	04.34	2612	9.98
402	2778	2889	03.99	2833	7.05
286	3000	2722	10.21	2861	10.00
352	2889	2778	04.00	2834	8.05
Ave.			08.35%		8.685

Right Gastr. stronger in 12 rats
Left Gastr. stronger in 11 rats (equal in 2)

3—Ratio of weight of gastrocnemius to body weight of rat.

Using the data in Table I the ratio of the average weight of one gastrocnemius to the body weight of the rat was found. The values obtained ranged from .00485 to .00644 and the average was .0056.

4—Rate of Atrophy (loss of weight and tension) in Denervated Muscle.

26 normal, adult, male albino rats of initial weights varying from 176 to 375 grams were denervated on both sides. Every five days, up to 30 days after denervation, a group was sacrificed and its muscles dissected out, weighed immediately, put in the oven overnight and weighed again. Table IV shows the results. In it are given the number of days since denervation, the body weight, the fresh weights of both muscles, the per cent difference in weight, the weight of muscle as per cent of its normal value, calculated by means of the factor .0056 obtained in the preceding section. From this data it is evident that there is little difference between the rate of atrophy on the two sides, especially when dry weights are considered. The average per cent difference in fresh weight was less than 2.

Table V shows, for the same animals, the number of days elapsed since denervation, the actual body weight, the average muscle weight from experiment, the dry muscle weight and the ratio of dry to fresh weight.

In figure 2 the number of days elapsed since denervation are plotted along the abscissa and the per cent of loss of weight of muscle is plotted along the ordinate. It is interesting to note how the curve flattens out during the last days and how on the 30th day 60% of the muscle weight is lost. No such secondary increase in relative dry weight as described by Fischer[3] was observed. The formula of Knowlton and Hines[10] applies very closely in this case. In that formula

$$K = \frac{1}{t} \log \frac{A}{A-X}$$

where K is a constant characteristic of the species, t is time elapsed since section of nerve, A is the per cent of the original weight which might be lost in atrophy and X is per cent of total weight lost at time T. The curve in Fig. 2, drawn from the data in Table VII, follows very closely the formula

$$K = \frac{1}{t\text{-}1.5} \log \frac{85.5}{85.5\text{-}X}$$

when $K = .0196$.

TABLE IV

Rate of Loss of Weight During Atrophy

Days after den.	*Body Weight*	*Weight Gast. Right*	*Left*	*Diff.*	*As % of Normal*
5	212	1.175	1.195	1.7%	99.0
"	283	1.425	1.435	.7 "	87.6
"	258	1.255	1.290	2.8 "	85.8
"	215	1.070	1.020	4.9 "	84.6
	242	1.230	1.232	2.5%	89.4
10	190	0.660	0.665	0.8%	60.7
"	202	0.870	0.850	2.3 "	75.6
"	218	0.940	0.930	1.1 "	74.5
"	176	0.755	0.755	0.0 "	74.7
	196	0.806	0.800	1.0%	71.3
15	192	0.530	0.540	1.9%	48.5
"	196	0.680	0.690	1.5 "	61.0
"	208	0.650	0.650	0.0 "	54.4
"	228	0.705	0.750	5.7 "	55.4
	206	0.641	0.657	2.3%	54.8
20	227	0.585	0.600	2.6%	45.39
"	236	0.625	0.625	0.0 "	46.08
"	252	0.720	0.730	1.4 "	50.00
"	231	0.605	0.625	3.3 "	46.34
"	258	0.730	0.730	0.0 "	49.20
	241	0.653	0.662	1.5%	47.30
25	256	0.550	0.535	2.8%	36.88
"	226	0.530	0.515	2.9 "	40.00
"	238	0.565	0.560	0.9 "	41.00
	240	0.548	0.537	2.2%	39.30
30	276	0.610	0.6225	2.0%	38.80
"	358	0.740	0.7400	0.0 "	35.90
"	330	0.640	0.6800	6.2 "	34.80
	321	0.6633	0.6808	2.7%	35.50

TABLE V

Ratio of Dry to Fresh Weight During the Course of Atrophy

Days after den.	*Body Weight (Final)*	*Ave. Weight Gast. Ave. Dry Weight*	*Ave. Fresh Weight*	*Dry Weigh Fresh Weight*
5	212	0.2875	1.185	0.2420
"	283	0.3400	1.430	0.2380
"	258	0.2950	1.273	0.2300
"	215	0.2400	1.045	
			Ave.	0.23525
10	190	0.1550	0.6625	0.2340
"	202	0.1975	0.8600	0.2300
"	218	0.2150	0.9350	0.2300
"	176	0.1800	0.7550	0.2380
			Ave.	0.2320
15	192	0.1300	0.5350	0.2430
"	196	0.1600	0.6850	0.2353
"	208	0.1500	0.6500	0.2308
"	228	0.1700	0.7275	0.2400
			Ave.	0.2373
20	227	0.1395	0.5925	0.2342
"	236	0.1400	0.6250	0.2240
"	252	0.1675	0.7250	0.2310
"	231	0.1438	0.6150	0.2338
"	258	0.1713	0.7300	0.2346
			Ave.	0.2315
25	256	0.1513	0.5425	0.2788
"	226	0.1475	0.5225	0.2823
"	238	0.1250	0.5625	0.2220
			Ave.	0.2610
30	282	0.1263	0.5475	0.2606
"	276	0.1450	0.6160	0.2350
"	244	0.1225	0.5063	0.2420
			Ave.	0.2359
			Ave. for the whole series --	0.2380

Maximal isometric tensions of both gastrocnemii were determined in 37 normal adult albino rats at different stages of atrophy as shown in table VI which shows that there is a quick loss of tension during the first 15 days, that thereafter it is very slow, that by the 30th day 85% of the normal tension is lost as judged from the normal values obtained in earlier experiments.

5—Frequency-Tension relations.

Using the method described before, the tensions developed by the gastrocnemius, of rats of different weights, denervated from 0 to 30 days before, were determined. In many cases the tension developed by normal muscle was also measured. The tensions were recorded by the camera in a large number of cases. Figure I shows a number of these photographic records. Table VII gives the values obtained on the weight of the rat, the weight of the muscle, the days elapsed since denervation, the tension developed by the different frequencies. Figure 3 shows typical frequency-tension curves for normal and denervated muscle. Parenthetically it should be stated that it was found at the start of our work, when we desired to obtain tetanic contractions in denervated muscle, that for normal muscle the strongest contraction was always developed with a frequency of 50 cycles and for denervated muscle with a frequency of 25 cycles. Of course, the tension decreased with time after denervation. Figure 4 gives us a curve of the rate of loss of tension with atrophy. The strength in grams per gram of body weight is plotted against the number of days elapsed since denervation.

FIGURE II

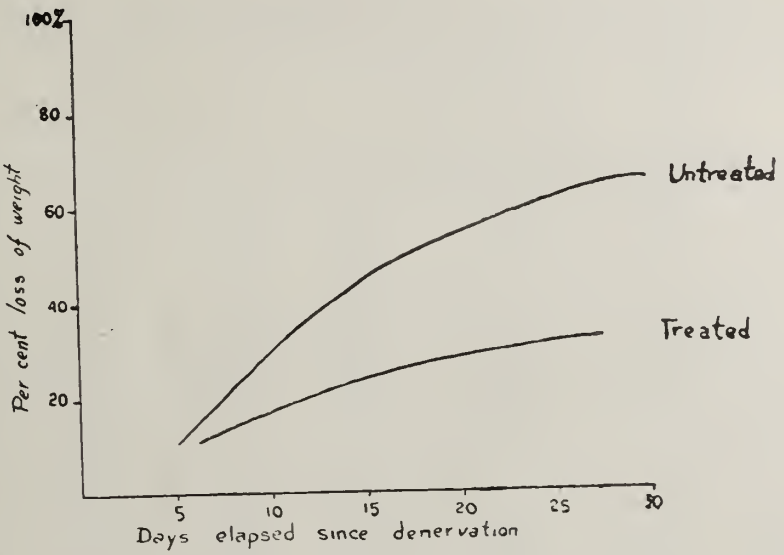


Fig III Frequency-tension Curves

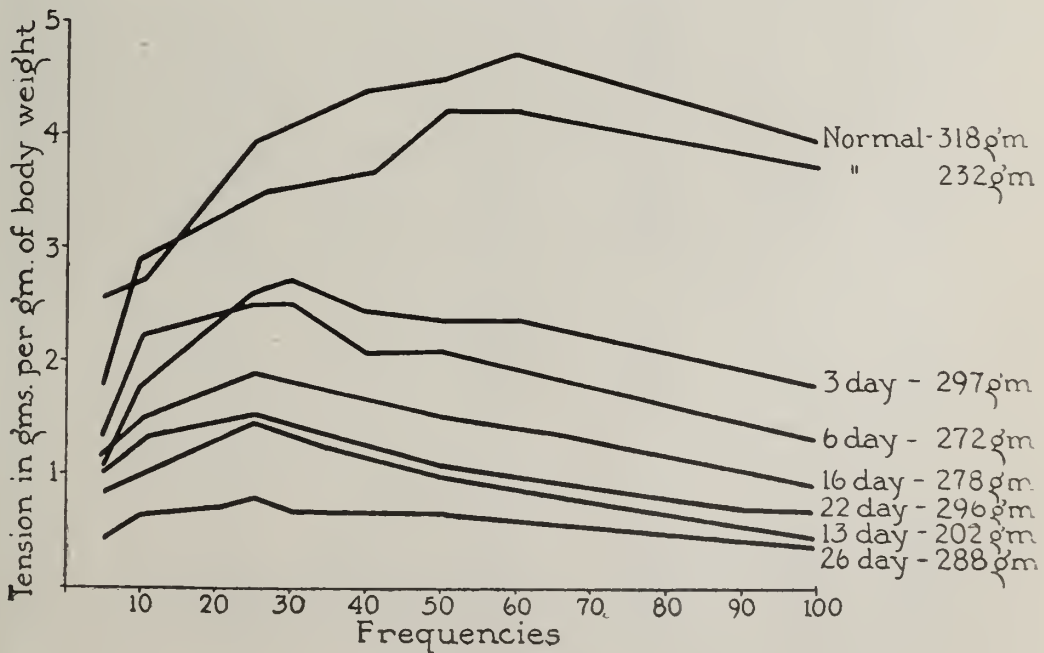


TABLE VI

Loss of Tension at Different Stages of Atrophy

Days after den.	*Body Weight*	*Maximal Tension*				*Aver. Max. Ten. Body Wt.*	*Max. Tension as % of Normal*
		Right Gastr.	*Left Gastr.*	*% Diff.*	*Aver.*		
5	218	1361	1305	4.30	1336	6.00	
"	280	1556	1611	3.53	1584	5.66	
"	245	1444	1278	12.75	1361	5.55	
"	260	1278	1389	8.68	1334	5.13	
Ave.				7.32		5.585	64.31%
10	290	1067	900	18.56	984	3.39	
"	302	1067	967	10.34	1017	3.37	
"	268	1200	1033	06.49	1117	4.16	
"	290	1100	933	17.90	1017	3.47	
"	298		1000			3.34	
Ave.				13.32		3.60	41.47%
15	276	321	411	28.00	366	1.33	
"	272	571	554	3.06	563	2.07	
"	200	714	643	11.04	679	3.39	
"	242	661	554	19.30	608	2.51	
"	184	429	500	16.50	465	2.52	
"	246	500	607	21.40	554	2.25	
Ave.				16.55		2.35	27.04%
17	328	767				2.34	
"	235	533				2.27	
"	275	533				1.94	
Ave.							25.09%
18	260		533			2.05	
"	255		333			1.30	
"	240		667			2.78	
"	294		667			2.27	
Ave.							24.17%
20	264	467	400	16.75	434	1.64	
"	232	383	333	15.00	358	1.55	
"	232	517	400	29.25	458	1.98	
"	300	800	667	07.99	734	2.44	
"	288	667	500	33.40	584	2.05	
Ave.				20.50		1.932	22.23%
25	330	500	533	06.60	517	1.615	
"	298	367	500	26.20	434	1.465	
"	314	500	467	07.07	484	1.540	
"	264	500	467	07.07	484	1.840	
"	270	433	533	23.10	483	1.790	
Ave.				14.01		1.650	19.00%
30	395	533	533	00.00	533	1.35	
"	325	467	400	16.75	434	1.35	
"	288	367	300	22.33	334	1.16	
"	304	433	367	18.88	400	1.32	
"	280	367	367	00.00	367	1.31	
Ave.				11.59		1.29	14.84%

TABLE VII

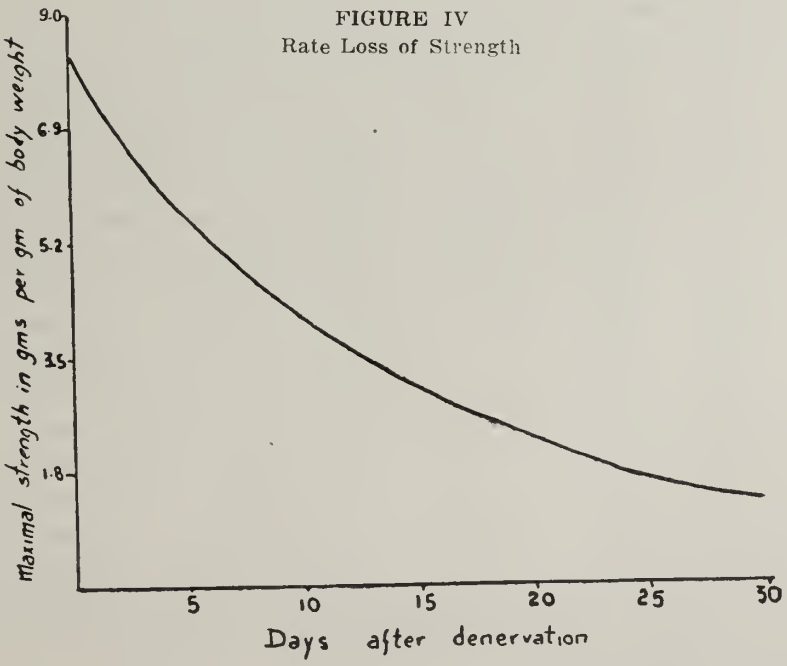
Tension (in grams) Developed by Normal and Denervated Gastrocnemius Muscle at Different Frequencies

Days after Den.	*Body Weight*	*Frequencies* 5	10	25	50	100
0	318	814	871	1264	1436	1264
0	232	420	675	800	975	875
0	207	723	769	862	685	531
0	244	600	620	640	1025	580
0	256	371	440	640	580	560
0	314	836	1073	1200	1200	1000
0	262	411	411	500	466	375
0	288	443	471	714	864	
3	297	333	525	775	700	550
6	244	360	550	700	660	500
6	288	227	300	414	344	
6	338	408	550	610	450	
6	244	320	422	575	433	
6	272	315	611	678	567	362
7	256	236	450	814	558	
8	344		267	590	267	
10	308	250	439	422	300	
12	256	500	614	700	433	
12	318	436	472	516	490	
13	202	175	200	309	200	100
14	316	336	541	700	653	475
15	406	300	424	581		
16	278	321	407	526	421	264
17	362			396		
17	256	300	325		400	
18	306	179	250	321		
20	400	200	246	361	361	246
22	348		361	513		
22	296	310	400	460	325	200
24	306	184	184	205	162	
26	288	125	188	230	200	138
28	390	226	284	321	242	
28	244	113	138	175	175	138
30	387	214	238	321		

6—Miscellaneous Observations

As stated before, the ratio of dry to fresh weight was very constant during the course of atrophy. In normal muscle, the ratio was slightly but definitely and constantly higher. The average was .0238 for denervated muscle and .0245 for normal muscle giving a difference of 3%. This shows that after denervation some pathologic change takes place so that either the proportion of dry substance decreases or the water content increases or both. The low values of this ratio in table VIII serve only to confirm the fact that the water content of muscle increases after electrical stimulation as had been observed by earlier workers[3].

FIGURE IV
Rate Loss of Strength



It would be very important to ascertain to what extent that increase in weight is due, if at all, to edema or to increase in blood content. It was a constant finding in our experiments that the stimulated denervated muscle was reder than the non-stimulated one, when the contractions were isometric and the muscle was free. As a matter of fact, after the cursory routine stimulation consisting of two, three or four stimulations for each frequency used, the increase in weight was enough to make a muscle denervated 5 to 6 days before, weigh more than its non-stimulated partner.

TABLE VIII

Ratio of Dry to Fresh Weights after Electrical Stimulation
(Right Side Denervated, Left Side Normal)

Days after den.	*Body Weight*	*Weight Gast.*		*Dry Weight / Fresh Weight*	
		Right	*Left*	*Right*	*Left*
20	400	1.340 (0.290)	2.390 (0.580)	.2164	.2427
16	278	1.215 (0.235)	1.680 (0.405)	.1934	.2411
7	256	1.550 (0.335)	1.735 (0.425)	.2161	.2450
7	228	0.990 (0.225)	1.250 (0.310)	.2272	.2480
10	246	1.200 (0.260)	1.490 (0.370)	.2166	.2480
11	298	1.425 (0.285)	1.730 (0.415)	.2000	.2400
0	240	1.730 (0.365	1.465 (0.355)	.2109	.2423
6	302	1.460 (0.335)	1.755 (0.435)	.2300	.2477
20	316	1.006 (0.220)	1.790 (0.440)	.2186	.2460
14	309	0.985 (0.210)	1.820 (0.445)	.2132	.2440
				Ave.	0.2450

Note: Dry Weights in parenthesis

V

EXPERIMENTAL RESULTS ON THE USE OF ELECTRICAL STIMULATION IN THE TREATMENT OF DENERVATED MUSCLE

In order to ascertain if electrical stimulation is of value in the treatment of paralyzed muscle, we performed the following experiments, using the information obtained from the preceding ones and from the above mentioned papers. We took several groups of rats, of both sexes and of varying weights, denervated them on both sides, stimulated one gastrocnemius percutaneously, the other one serving as a control. Stimulation was started the day after denervation. After the desired period of treatment, the animals were sacrificed on the day after the last stimulation. In each experiment, the current intensity used was the lowest necessary to produce the strongest contractions. Generally it ranged from 1 to 3.5 ma. A weight of 20 grams was hung from the foot of the animal.

Table IX shows the results obtained in a group of 9 rats, stimulated on one side for 15 minutes daily for 14 days, using the current, labeled as "slow sinusoidal" in the commercial machine which was employed, and surged so as to produce about 40 contractions per minute. As seen from that table, taking the group as a whole, there was no benefit from this kind of electrotherapy, since the average per cent difference of weight between the treated and untreated groups was zero, the average muscle weight as per cent of normal being equal in the treated and the untreated muscles. Normal weights were calculated by multiplying body weight by .0056, as dictated by the results of our earlier experiments.

TABLE IX

Rats. Bilateral Sciatic Section. One Side Stimulated. Daily for 15 minutes with Direct Current. 40 Contractions per Minute. Sacrified after 14 days.

No. Rat	*Body Weight* I.	F.	*Weight Gast.* *Left*	*Right*	*As % Normal* *Left*	*Right*	*Weight Diff.*
3	390	358	1.26	1.36[1]	60.9	67.9[1]	9.5%
4	230	214	0.81	0.86[1]	66.1	69.6[1]	6.2%
6c	352	346	1.42[1]	1.27	71.4[1]	66.1	12.0%
8a	192	174	0.50[1]	0.61	50.5[1]	60.9	— 18.0%
2d	400	338	1.27	1.33[1]	66.1	67.9[1]	5.0%
4b	230	216	0.95	0.80[1]	75.5	64.4[1]	— 16.0%
7c	378	329	1.32[1]	1.35	69.5[1]	71.4	2.0%
1e	356	334	1.35	1.48[1]	69.5	76.5[1]	10.0%
5f	310	284	1.19	1.12[1]	67.9	67.9[1]	0.0%

1—treated muscle
I—initial
F - final

Summary

No. Rats	*No. of Days*	*Muscle Weight as % Normal* *Control*	*Treated*	*% Diff.*
10	14	67.3%	67.3%	0.0

Table X shows the results obtained in 8 rats which were stimulated 10 minutes daily for a period of 9 to 14 days with an alternating sinusoidal current of 25 cycles, surged as in the preceding case. Here the weight was greater in all the treated muscles. The table also gives the weight of each muscle as per cent of normal. We had here a definite increase of muscle weight —or decrease in loss of weight —obtained by electrical stimulation.

We then treated a group of 9 rats similarly but for a longer daily period of treatment —15 minutes instead of 10 minutes. Table XI shows the results obtained. The treated muscle was always heavier than its partner. Its weight as per cent of normal and as per cent of body weight was always greater. The average per cent difference of weight was 19.6, i.e., higher than in the preceding group where stimulation lasted only 10 minutes daily.

We then repeated the same experiment on a series of 7 rats, varying only the total period of treatment which was increased to 28 days. As seen from table XII, the treated muscle was heavier in every case and the average weight of treated muscle was 51.5% higher than that of the control, an increase which was even more marked than in the preceding groups. The difference between the weights on both sides, taken as per cent of normal, was 21%. We can safely conclude that electrical stimulation reduced the loss of weight in this group by 35.5%.

TABLE X

Rats. Bilateral Sciatic Section. One Side Stimulated with 25 cycles A. C. 40 Contractions per Minute. 10 minutes Daily. 20 gram load. Sacrified after 9 to 14 days.

Rat No.	Days Sacrified	Body Weight I.	Body Weight F.	Weight Gastrocnemius Left	Weight Gastrocnemius Right	As % Normal Left	As % Normal Right
1	14	317	259	1.11[1]	0.91	71.5	61.0
4	11	394	362	1.68[1]	1.26	80.0[1]	61.0
5	14	278	244	1.00[1]	0.98	71.5[1]	69.6
6	14	268	243	0.93[1]	0.85	66.1[1]	62.5
7	11	410	371	1.85	1.91[1]	87.0	88.8[1]
8	9	316	278	1.26	1.33[1]	78.4	83.5[1]
9	14	270	253	1.00[1]	0.85	66.1[1]	59.1
10	14	208	191	0.88[1]	0.62	80.0[1]	55.6

1—treated muscle
I.—initial
F.—final

Rats No.	No. of Days	Summary Muscle Weight as % Normal Control	Summary Muscle Weight as % Normal Treated	% Diff.
1	9	78.4	83.5	6.5
2	11	74.0	84.4	13.5
5	14	61.6	71.0	15.2

TABLE XI

Rats. Bilateral Sciatic Section. One Side Stimulated. 25 cycles A. C. 40 Contractions per Minute. 15 Minutes Daily. Sacrified after 14 days.

Rat. No.	Body Weight I.	Body Weight F.	Weight Gast. Left	Weight Gast. Right	As % Normal Left	As % Normal Right
1	274	244	0.910	1.01[1]	64.4	71.4[1]
2	255	225	0.850	1.12[1]	66.1	87.0[1]
3	321	302	1.035	1.225[1]	58.2	71.4[1]
4	232	227	1.130[1]	0.810	87.0[1]	62.6
5	306	270	1.165[1]	1.040	74.9[1]	66.1
6	356	310	1.250[1]	1.100	69.6[1]	60.8
7	232	188	0.930[1]	0.760	87.0[1]	69.6
9	356	310	1.250[1]	1.100	69.6[1]	60.9
10	318	280	1.280[1]	1.200	80.0[1]	74.9

1—treated muscle
I—initial
F—Final

Rats No.	No. of Days	Summary Muscle Weight as % Normal Control	Summary Muscle Weight as % Normal Treated	% Diff.
9	14	64.8	77.5	19.6%

TABLE XII

Rats. Bilateral Sciatic Section. One Side Stimulated. 25 cycles A. C. 40 Contractions per Minute. 15 Minutes Daily. Sacrified after 28 days.

Rat. No.	Body Weight I.	Body Weight F.	Weight Gast. Left	Weight Gast. Right	As % Normal Left	As % Normal Right
1	227	204	0.530	0.795[1]	45.3	68.0[1]
3	344	300	0.575	0.855[1]	33.1	50.5[1]
9	234	196	0.765[1]	0.525	68.1[1]	47.0
10	226	214	0.900[1]	0.465	73.1[1]	38.3
7	296	255	1.005[1]	0.660	67.9[1]	45.2
2	266	242	0.530	0.715[1]	38.3	52.2[1]
6	190	172	0.540[1]	0.370	54.0[1]	39.2

1—treated muscle
I—initial
F—Final

Rats No.	No. of Days	Summary Muscle Weight as % Normal Control	Summary Muscle Weight as % Normal Treated	% Diff.
7	28	40.9%	61.9%	51.5%

Figure 2 represents graphically the reduction of loss of weight thus obtained. One curve represents the rate of atrophy of denervated muscle, the other curve represents the rate of loss of weight in treated muscle.

Tension measurements were made in a group of rats given 15 daily treatments of 15 minutes each, using an alternating current of 25 cycles and of supramaximal intensity. The results given in table XIII

show that there is an average difference of 56.3% between the treated and untreated sides, the treated muscles having an average of 38.48% of their normal strength and the untreated side an average of only 24.62% of normal.

In all these experimental treatments with alternating current, a frequency of 25 cycles was used because, as we have pointed out in the preceding pages, and as we shall explain more fully in Chapter VII, it had been proven to be the frequency at which paralyzed muscle developed maximal isometric tension. Besides we had already observed that stimulation with this frequency was less painful, because it required a very low current strength. The results of these experiments proved precisely how well founded was our selection of that frequency.

TABLE XIII

Rats Given 15 Daily 15-Minute Treatment (Alternating Current; 25 cycles, percutaneous, load of 20 gms., 40 Contractions per Minute)

Rat No.	*Body Weight*	*Maximal Tension*			*Max. Ten. Body Wt.*	
		Right	*Left*	*% Diff.*	*Right*	*Left*
1	328	767	1133*	47.72	2.34	3.45*
2	235	533	800*	50.10	2.27	3.40*
3	275	533	733*	37.52	1.94	2.67*
4	260	1033*	533	93.70	3.97*	2.05
5	255	667*	533	100.00	2.60*	1.30
6	240	833*	667	24.90	3.47*	2.78
7	294	1133*	667	70.00	3.85*	2.27

* treated muscle.

VI

EXPERIMENTAL CONCLUSIONS

The experimental evidence presented in the preceding pages substantiates the following conclusions:

1— In normal male adult albino rat there is no significant difference in fresh and dry weights, volume and tension between the two partner gastrocnemii, neither side being heavier, stronger or larger than its partner in any significant way.

2—Denervated rat muscle is as capable of tetanic contractions, when sinusoidal alternating current is used, as is normal muscle; these contractions are tetanic at the same frequencies. The only difference between denervated and normal muscle in this respect is that the first produces weaker contractions and that these are maximal at a different frequency.

3— Maximal tension is produced in normal muscle with a frequency in the neighborhood of 50 cycles.

4— Maximal tension is produced in denervated muscles with a frequency in the neighborhood of 25 cycles.

5— During atrophy the loss of strength is more considerable than the loss of weight, the first being of the order of 73% after 15 days and of 85% after 30 days, the second being of the order of 45% and of 65% during the corresponding periods.

6— Electrical stimulation of the appropriate characteristics reduces considerably the loss of weight and strength of denervated muscle, the improvement in tension being much more marked than the gain in weight.

7— Best results are obtained with the following conditions:

Alternating sinusoidal current
Frequency of 25 cycles
Use of strong contractions
Starting immediately after denervation
Fairly long daily treatments
Long continued period of daily treatments.

VII

DISCUSSION OF RESULTS AND STATEMENT OF THE PROBLEM ON A NEW BASIS

It is appropriate to discuss our results in the light of the few recent important papers pertaining to this problem, all of which have already been referred to and which have appeared during the last year and in these last months. Earlier works have been reviewed in detail by other authors and especially by Grodins, Osborne and Ivy[4]. Only the very important paper of Fischer,[3] although it dates as far back as 1939, must be again referred to, because of the variety of its conclusions. It will then be necessary in order to enhance the future progress in the solution of this fundamental problem, to restate it in the light of the most recent observations and of our own finding.

1—Discussion of recent work

Fischer[3] does not state how many rats were used in his experiments. He stimulated the gastrocnemius-soleus muscles. We used the gastrocnemius alone in order to work under conditions as constant as possible and especially since we found by experience that when that muscle was not completely free or independent of adjacent muscles large variations in current intensity and in muscle tension were observed. Fischer's conclusions were based only on the use of interrupted direct current, from dry cells, or of a tetanizing current from an induction coil, so that he did not use other possibly very useful currents. Even the frequency of interruptions (8-20 per minute) used by him could not be concluded to be the best, if at all appropriate. As a matter of fact, Solandt, DeLury and Hunter[6], using 48 rats for each test, found that faradic and direct currents, although equivalent in effect to each other, were inferior to an alternating current of 25 or 60 cycles. Fischer used only one form of electrical wave —the rectangular.

Hines, Thomson and Lazere[5] concluded that electrical stimulation was of value in the treatment of paralyzed muscles if the current (type not specifically given) intensity was sufficient to produce strong contractions and in this they confirmed the ideas of earlier workers, as already stated[3]. But their experiments were also limited to only one sort of current, one length of treatment, etc. The number of rats used was not stated They found a direct relation between the intensity of the current and its ability to delay atrophy, but we found that the current had to be only high enough to produce strong contractions. Any extra current intensity was found to be unnecessary. A current intensity of 1 to 5 ma. was sufficient, in our experiments, while they used intensities as high as 43 ma. These high intensities are painful. Perhaps they used high intensities when a greater load was put on the muscle but, even then, we do not know how they could measure electrical intensity if they used induction shocks.

Solandt, DeLury and Hunter[6] only used rats of 150 to 200 grams in weight. It would have perhaps been better to use a wider range of weights in adult rats, past the growing age. The frequencies used were chosen at random. In our work the best frequencies were found only after a systematic study of a wide range of frequencies —in some cases they ranged from 5 to 1,000 cycles. Thus we found 25 cycles to be the optimum frequency for denervated muscle only after testing a wide range of frequencies on a large num-

ber of adult rats, of weights varying from 150 to 410 grams, denervated at from one to 30 days before.

Besides, we now know that, while of the 4 types of current used by these authors 60 cycles is, as they state, the next best to 25 cycles, this is not true when other frequencies are used. A frequency of 50 cycles, or in that neighborhood, we found to be optimal for normal muscle, but for denervated muscle —our curves show it clearly— any frequency between 25 and 50 cycles is second best to 25 cycles, if only two are used. As time passes, the strength of denervated muscle decreases with increasing frequency, but, between 25 and 50 cycles, it stays generally higher than the strength at frequencies below 20 or 25 cycles. As time after denervation passes, the second best frequency approaches 25 cycles or is close to 25 cycles.

As to the very valuable work of Doupe and his collaborators[1], it must be stated that, whatever its theoretical importance, it does not in any way affect the validity of our results which are of a practical nature. His conclusions that electrical stimulation is of little value refers to human paralyzed muscle treated under certain particular conditions and to the use of a current which is inadequate.

That 25 cycles is the best frequency for the treatment of denervated muscle has been confirmed by experiments conducted on dogs in our presence[13] and in which it was found "that the ability to develop tension is greater at that frequency, the intensity of current required being much higher and too high to be tolerable when other frequencies are employed."

2—Discussion of our work

We have studied this problem systematically and have formulated a guiding principle for research and clinical work in this field, where confusion had reigned for over a century; we have definitely established the value of electrical stimulation in the treatment of denervated muscle. We have worked under a set of standard conditions, so that our results may be comparable.

We found no significant differences of fresh and dry weight, volume and strength between partner gastrocnemii; whether normal or at different stages of atrophy. We determined the ratio of dry to fresh weight and of muscle to body weight in both normal and denervated muscle. This long preliminary work was necessary in order to have the normal values to which could be compared our results after electrical treatment, whether they referred to one or to the other partner muscle. The study of the rates of loss of tension and of weight was very important. It revealed that tension is lost more considerably than weight, especially during the first 15 days. For example, after 5 days the loss of tension is 3.37 times the loss of weight; after 30 days the weight of the muscle, as per cent of normal, is 2.33 times the strength as per cent of normal. This lack of correlation between strength and weight is very important, for it gives weight to our contention that strength is a better criterion of the state of a muscle and especially of the value of electrical stimulation, since the function of muscle is to develop tension and since, in various pathological conditions, muscle strength is diminished while muscle volume is normal or increased.

Our weight and strength measurements after electrical stimulation proved conclusively our major point that this sort of therapy is of great value, if the appropriate conditions are observed. These experiments showed that alternating current is superior to direct current and

that the available commercial machines can not provide the right frequency and other current characteristics. We must then, wait, for clinical purposes, until the appropriate electrical machines are put into the market. Another important point is that the current intensities used with this frequency are very low and therefore very tolerable, as we showed also by testing them on ourselves and on several patients with Bell's palsy. These experiments showed once more that, as in the case of untreated denervated muscle, in treated muscle there is no correlation between strength and weight. This permits us to criticize Fischer's assertion[3] that the increase in strength after electrical stimulation is very light and especially that this improved strength is only proportional to the increase in cross section or weight of the treated muscle. In fact we found that the increase in tension was much greater than the corresponding increase in weight.

Several important points are yet to be settled which have been but lightly touched upon by different authors. What is the value of direct current in the treatment of paralized muscle? Our impression is that alternating current is always better. Solandt, DeLury and Hunter[6] found 25 and 60 cycles to be better than either direct or faradic current. But the problem is not yet settled definitely. We are performing experiments which include such currents. According to Fischer[3] "with denervation and progressive atrophy the reaction of the muscle against galvanic and faradic stimulation changes" and galvanic stimulation tends to decrease the weight of normal muscle. Although these conclusions are based, as stated before, on a limited number of experiments and on a limited range of experimental conditions, the possibility of further improvement of denervated muscle by stimulation with different currents at the different stages of atrophy must not be dismissed without further investigation.

Of course, more careful experiments are necessary to determine precisely the optimum frequency of stimulation. We have demonstrated it to be in the neighborhood of 50 cycles for normal muscle and 25 cycles for denervated muscle, if maximal tension is taken as a criterion. Perhaps it is not very important to go further in this respect.

But more important than these two points is the necessity of studying the effect of electrical stimulation per se and its effect on blood content of muscle. As we said before, the swelling or increased water content observed after electrical stimulation must be analyzed in order to determine its exact nature. Our experiments must be repeated on a larger scale and with more sensitive methods. We have the impression that there is much more to it than simple edema. At any rate, if, as we think, electrical stimulation of a muscle increases the weight of the opposite one, something more than pure edema must account for it. Solandt's[6] conjecture that the improvement of denervated muscle by electrical stimulation may be due to an improvement in the circulation and perhaps to a "specific" increase in the venous return must be given serious consideration.

That electrical stimulation should be applied immediately after denervation and strong contractions should be produced seem to be definitely established observations. But it is not necessary to use a stronger current intensity than that just sufficient to produce a maximal contraction. We have the impression that better results are obtained with heavier loads on the muscle or with isometric contractions.

In view of the results of some of our experiments and in view of the short daily periods of stimulation used by Hines[5] and by Solandt[6], we consider it important to determine definitely if short treatments of 5 minutes are as good or better than the longer periods of 15 minutes. We got better results with daily periods of 15 minutes than with periods of 10 minutes but this does not prove that results could not have better with 5 minutes than with 10 and 15 minutes. Perhaps, several short periods of 5 minutes, may be better than one single period of 10 or 15 minutes, or it may be that two or three 10 minute periods daily will prove to be more effective.

Summing up. we conclude that the next single step to be taken towards the solution of the problem studied in this work is to treat denervated muscle immediately after denervation with an alternating sinusoidal current of a frequency of 25 cycles, of an intensity adequate to produce only maximal contractions, for 30 days, and for one or more periods of 5 to 15 minutes a day. That electrical stimulation is of value in the treatment of denervated muscle is definitely proved by this work, if an important reduction of loss of weight and especially, if such a reduction of loss of strength during the course of atrophy, is accepted as a criterion of improvement. The problem now before us is to adjust the details of the procedure so as to obtain optimum results. Our experiments on denervated muscle in which we have obtained tetanic contractions of the same quality as those produced in normal muscle, Doupe's[1] report that denervated muscle when warm and when stimuli of short duration are used may contract almost as rapidly as normal muscle and his assertion that denervation does not materially affect the contractile process of muscle, constitute significant evidence to the effect that there is not as marked a difference between denervated and normal muscle as had been thought to exist, and that, therefore, the successful treatment of muscle paralysis is just a matter of finding and perfecting the appropriate technique. We must revise at least a part of our ideas in regard to the physiology and the electrotherapy of denervated muscle. A systematic study of the problem along the lines we have indicated, coupled with sufficient boldness of approach, should give us the complete solution of this problem in a reasonably short time. This would permit electrotherapy to assume, without discussion in physical medicine the preeminence role to which it is entitled.

We have omitted in this paper a considerable part of our work in this field, which would have required a more considerable space and perhaps would have made it less clear, less to the point. Necessarily, then, have we omitted to say what very interesting vistas has been opened into the physiology of denervated muscle and the numerous experiments which are suggested to the curiosity of the research worker in this field and particularly to those interested in a method of diagnosis and treatment of infantile paralysis.

VIII

SUMMARY

1. The fresh and dry weights, volumes and strengths of both gastrocnemius muscles of the albino rat were determined and compared and their average values were found.

2. The ratio of average weight of gastrocnemius to body weight of the rat was determined.

3. The ratio of dry to fresh weight in both normal and denervated muscle was ascertained.

4. The rate of loss of weight in denervated gastrocnemius muscle was studied.

5. The rate of loss of strength of the gastrocnemius muscle was studied.

6. Definite proof was given to the production of tetanic contractions in denervated muscle and these contractions were studied.

7. Frequency-tension curves were obtained for both the innervated and denervated gastrocnemius.

8. The optimum frequencies for the maximal contraction of innervated and denervated gastrocnemius were determined.

9. Different groups of denervated rats were treated by electrical stimulation to determine if it was of value in preventing the loss in mass and strength which occurs in denervated muscle.

10. The optimum variety of current and of current characteristics were determined.

11. Weight-strength relationships were studied during atrophy, in treated and untreated denervated muscle.

12. Our work was discussed and the problem was restated on a new basis in the light of recent work of other authors and of our own work.

13. It is concluded that the stimulation of denervated muscle with the appropriate sinusoidal alternating current in the rat decreases significantly the rate of loss of mass and of strength, when the appropriate experimental conditions are observed, that strength is a better criterion for the assessment of the value of electrical stimulation in the treatment of paralyzed muscle, that none of the electrical machines in the market is capable of delivering the appropriate current for the optimum treatment of paralyzed denervated skeletal muscle, that there seems to be no fundamental difference between normal and denervated muscle, that the solution of the problem of the appropriate treatment of paralyzed muscle, specially in infantile paralysis, is only a question of developing the right technique. Our results are applicable to the human patient. We have provided a definite guiding principle for research in this field. A physiology of denervated muscle is in the making.

IX

BIBLIOGRAPHY

A—*Recent Works*, to which reference has been made in this paper.

1. Studies in Denervation, J. Neurol, and Psych., VI (new series): 94 (July and October) 1943.
   H—*Doupe, J., Barnes, R.* and *Kerr, A. S.*: The Effect of Electrical Stimulation in the Circulations and Recovery of Denervated Muscle.
   I —*Doupe, J.*: The Contractility and Excitability of Denervated Muscle.
2. *Osborne, S. L.* and *Grodins, F. S.*: The Electrical Stimulation of Denervated Muscle: The Physiotherapy Review 22:291 (Nov. and Dec.) 1942.
3. *Fischer, E.*: The Effect of Faradic and Galvanic Stimulation Upon the Course of Atrophy in Denervated Skeletal Muscles, Am. J. Physiol. 127:605 (Nov.) 1939.
4. *Grodins, F. S.*, Osborne, S. L. and Ivy, A.: Present Status of Electrical Stimulation of Denervated Muscle. Arch. Phys. Ther. 23:729 (Dec.) 1942.
5. *Hines, H. M., Thomson, J. D.* and *Lazere, B.*: Physiological Basis for Treatment of Paralyzed Muscle, Arch. Phys, Ther. 24:69 (March) 1943.
6. *Solandt, D. Y., DeLury, D. B.* and *Hunter, J.*: Effect of Electrical Stimulation on Atrophy of Denervated Skeletal Muscle, Arch. Neurol. and Psych. 49:802 (June) 1943.
7. *Hines, H. M., Thomson, J. D.* and *Lazere, B.*: A Comparative Study of Muscle Atrophies Caused by Denervation and Acute Inanition, Am. J. Physiol. 140:118 (Oct.) 1943.
8. *Soskin, S.* and *Levine, R.*: The Influence of Atrophies in the Atrophy of Denervated Ske-

letal Muscle of the Monkey. (macacus rhesus) Am. J. Physiol. 138:251 (Jan. 1) 1943.

9. *Solandt, D. Y., DeLury, D. B.* and *Hunter, J.*: The Effect of Atropine and Quinidine Sulphate on Athrophy and Fibrillation in Denervated Skeletal Muscle. 140:247 (Nov. 1) 1943.
10. *Polloek, L. J., Golseth, J. C., Arieff, A. J., Schiller, M.* and *Tigay, E. L.*: Electrodiagnosis of Progressive Currents of Long Duration in Experimentally Produced Sections of the Sciatic Nerve in Cats, Trans. Am. Neur. Assoc. 69th Annual meeting, 1943.
11. *Mittelman, E., Grodins, F. S., Osborne, S. L., Milne, W. S.* and *Ivy, A. C.*: Wide Range Electronic Generator, Electronics, (Dec.) 1943.
12. *Knowlton, G. G.* and *Hines H. M.*: Kinetics of Muscle Atrophy in Different Species, Proc Soc. Exp. Biol. and Med. 35:394 (1936)
13. *F. S. Grodins, S. L. Osborne, F. R. Johnson* and *A. C. Ivy.* Stimulation of Denervated Skeletal Muscle with Alternating Current— Am. J. Physiol., Sept. 1944.

B —*Earlier Works.*

14. *Solandt, D. Y.*, and *Magladery, J. W.*: Relation of Atrophy to Fibrillation in Denervated Muscle, Brain, 63:255 (Sept.) 1940.
15. *Langley, J. N.* and *Itagaki, M.*: The oxygen Use of Denervated Muscle, J. Physiol. 51:-202, 1917.
16. *Levine, R., Goodfriend, J.*, and *Soskin, S.*: Influence of Prostigmin, Atropine, and Other Substances on Fibrillation and Atrophy in Denervated Skeletal Muscle of Rat. Am. J. Physiol 135:747 (Feb.) 1942.
17. *Langley, J. N.*: Observations on Denervated Muscle, J. Physiol. 50:335 (July) 1916.
18. *Tower, S. S.*: Reaction of Muscle to Denervation, Physiol. Rev. 19: (Jan.) 1939.
19. *Knowlton, G. C.*, and *Hines, H. M.*: *Respiratory* Metabolism of Atrophic Muscle, Am. J. Physiol. 109:200 (Aug.) 1934.
20. *Hartman, F. A.*, and *Blatz, W. E.*: Studies in the Regeneration of Denervated Mammalian Muscle. III. Effects of Massage and Electrical Treatment, J. Physiol. 53:290, 1919-20.
21. *Blair, Henry A.*: Biological Symposia, Vol. III. Muscle, Landcaster, Pa. The Jaques Cattell Press, 1941 p. 51.
22. *Bauwens, P.*: Electro-Diagnosis and Electrotherapy in Peripheral Nerve Lesions, Proc. Roy. Soc. Med. 34:459 (June) 1941.
23. *Monnier, A. M.*: L'excitation électrique des Tissue Paris, Hermann, 1934.
24. *Briscoe, G.*: Experimental Production of Graded Muscular Contraction of Natural Form in Diaphragm and in Skeletal Muscle, Quart. J. Exp. Physiol. 19:1 (Aug.) 1928.
25. *Lucas, K.*: On the Rats of Variation of the Exciting Current as a Factor in Electric Excitation, J. Physiol. 36:253, 1907.
26. *Tower, S. S.*: Trophic Control of Non-Nervous Tissues by Nervous Systems: Study of Muscle and Bone Innervation From Isolated and Quiescent Region of Spinal Cord, J. Comp. Neurol. 67:241 (Aug.) 1937.
27. *Hayes, G. J.*, and *Woolsey, C. N.*: The Unit of Fibrillary Activity and the Site of Origin of Fibrillary Contractions in Denervated Straited Muscle, Feder. Proceed. Feder. Am Soc. Biol. 1, Part 2, pp. 38 (March 16) 1942.
28. *Gutmann, Ernest*, and *Gutmann, Ludwig*: Effect of Electrotherapy on Denervated Muscles in Rabbits, Lancet 1:169 (Feb. 7) 1942.
29. *Langley, J. N.* and *Kato, T.*: The Rate of Loss of Weight in Skeletal Muscle After Nerve Sections With Some Observations on the Effect of Stimulation and Otner Treatment J. Physiol. 49:432 1915.
30. *Levine, R., Heehter, O.*, and *Soskin, S.*: Biochemical Characteristics of Denervated Skeletal Muscle, at Rest and After Direct Stimulation, Am. J. Physiol. 132:326 (March) 1941.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Avenida Manuel Fernández Juncos,
Parada 19, Santurce, P. R.

AÑO XXXVII JUNIO, 1945 NÚM. 6

EDITOR Y ADMINISTRADOR:

DR. E. MARTINEZ RIVERA

EDITORES ASOCIADOS:

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. A. M. MARCHAND
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del Mes

Durante el mes en curso se han celebrado las siguientes reuniones de carácter médico:

Junio 12—Reunión conjunta de las facultades médicas de la Escuela de Medicina Tropical y el Hospital de Distrito de Bayamón, en el domicilio de nuestra Asociación.

Junio 18—Comida ofrecida por el Staff médico del Hospital Mimiya en honor del Dr. Muñoz MacCormick.

Junio 19—Reunión de la Junta de Directores de la Asociación Médica de Puerto Rico .

Junio 28—Reunión de la Junta de Directores de la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico.

ASOCIACIONES DE DISTRITO

San Juan

Debido a la lluvia hubo de ser suspendida la conferencia mensual de la Asociación del Distrito de San Juan que habría de tener lugar el día 26 de junio, y que estaba a cargo del Dr. Manuel Guzmán Rodríguez.

La conferencia del Dr. Guzmán será incluída en el programa de la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, que tendrá lugar en nuestro domicilio el domingo 12 de agosto.

El presidente de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, Dr. Federico Hernández Morales, invita por la presente a todos los compañeros interesados en participar en el programa científico que tendrá lugar en dicha ocasión, a enviarle el título de sus contribuciones.

Humacao

El domingo 15 de julio se llevará a efecto en el Club Rotario de la ciudad de Humacao, la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Humacao, que preside el Dr. Mario J. Tomasini.

Transcribimos a continuación el programa a regir durante este acto:

1. Sub-phrenic Abscess, Dr. Salvador Busquets, Jr.
2. Penicilina—Aplicación e indicaciones en infecciones otorrinolaringológicas, Dr. Eduardo R. Pérez.
3. Amputación interilio-abdominal, Dr. A. Oliveras Guerra.
4. Rh. Factor, Lt. Commander H. F. Brown.
5. Elección de funcionarios.
6. Almuerzo.

Cordialmente invitamos a todos los miembros de la Asociación para que hagan acto de presencia en dicho acto, el cual dará comienzo a las 10:00 de la mañana.

Mayagüez

La asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Mayagüez, que preside el Dr. Nelson Perea, tendrá lugar el día 26 de agosto.

Se suplica a los compañeros que deseen participar en el programa científico de dicho acto, envíen el título de su contribución al Dr. Nelson Perea, al Dr. Ramón M. Suárez, presidente del Comité Científico, o a la secretaría de nuestra Asociación, antes del día 31 de julio.

Reunión de las Facultades médicas de la Escuela y el Hospital de Distrito de Bayamón

En la noche del martes 12 de los cursantes se llevó a efecto en nuestro domicilio una interesante reunión científica de los miembros de las facultades médicas de la Escuela de Medicina Tropical y el Hospital de Distrito de Bayamón, durante la cual los compañeros del Hospital de Distrito trajeron ante la consideración del Staff médico de la Escuela un caso en extremo interesante.

Reuniones como éstas son las que tienden a levantar el standard científico y a estrechar los lazos de amistad que unen a los miembros de nuestra profesión, por lo que es de esperarse que las mismas se repitan a menudo, no sólo entre estos dos grupos de entusiastas colegas, sino igualmente entre los compañeros que forman parte de la facultad de los demás hospitales de nuestra isla.

Después de la discusión científica, que se prolongó hasta cerca de las 10:30 de la noche, la facultad de la Escuela obsequió a los concurrentes en el Club de la Asociación.

Conferencias de Divulgación

Acaba de ser publicado el primer volumen de las **Conferencias de Divulgación** que se trasmiten semanalmente por la estación WKAQ bajo los auspicios del Comité de Relaciones Públicas de nuestra Asociación. En este primer volumen se han insertado todas las conferencias trasmitidas hasta el 31 de diciembre pasado.

Dicho folleto, que es para distribución gratuita, ha circulado profusamente entre los miembros de la profesión, las entidades privadas y gubernamentales del país y el público en general. Quedan aún, sin embargo, algunas copias del mismo, por lo que suplicamos a los compañeros nos indiquen si algunos de sus amigos estarían interesados en recibir el mismo.

El Comité de Relaciones Públicas aprovecha esta oportunidad para invitar nuevamente a los miembros de la Asociación, a cooperar en esta campaña de divulgación, tomando parte en alguno de los programas que se trasmiten todos los sábados de 5:45 a 6:00 de la tarde por la estación WKAQ. Hasta la fecha sólo hemos tenido la colaboración de un reducido número de colegas de San Juan. Deseamos informar a los compañeros de los demás pueblos de la isla, que pueden enviarnos su colaboración, aún cuando no les sea posible trasladarse a San Juan para dar lectura a la misma, ya que nuestro secretario o alguno de los miembros del Comité se encargarán de hacerlo en su nombre.

Durante el mes de junio se han trasmitido las siguientes conferencias:

Junio 2—**El cuidado de los viejos**, por el Dr. Roberto Francisco.

Junio 9—**El Tifus**, por el Dr, Guillermo Arbona.

Junio 16—**Apendicitis**, Dr. Fernando Asencio.

Junio 23—**Las supersticiones en el embarazo**, por el Dr. Pedro Orpi, Jr.

Junio 30—**Penicilina—Una nueva arma contra las enfermedades venéreas**, por el Dr. Ernesto Quintero.

Club Médico

Según nota que nos envía el Sr. Presidente, el Club Médico de la Asociación no está recibiendo todo el endoso que era de esperarse de nuestros miembros.

Sabemos que la gran mayoría de nuestros colegas frecuenta con sus familiares y amigos otros lugares de expansión de la capital, en varias ocasiones a la semana. ¿Por qué no dedicar por lo menos una de dichas ocasiones al Club de nuestra Asociación contribuyendo así a que éste adquiera el auge necesario? Sabemos que el Club no cuenta hoy en día con todas las facilidades de otros sitios de recreo en la comunidad; pero si nos dispusiéramos a darle nuestra cooperación tal como está ahora, poco a poco podríamos elevarlo a la categoría en que deseemos colocarlo.

El éxito del Club depende de nosotros mismos. Un pequeño por ciento de contribución individual asegurará el buen funcionamiento de esta dependencia.

PERSONALES

Dr. C. E. Muñoz MacCormick

El día 12 del mes en curso regresó de su viaje al Continente nuestro buen amigo y presidente, el Dr. Carlos E. Muñoz MacCormick.

El Dr. Muñoz, después de dos meses de fuertes estudios en la Universidad de Harvard, bajo el protectorado de nuestro entusiasta miembro de honor, el Dr. LeRoy A. Schall, logró por fin alcanzar el objetivo principal de su viaje al Norte: es decir tomar y aprobar los exámenes de reválida ante el Board Americano de Otorrinolaringología, siendo de los primeros en el grupo de 64 especialistas que se sometieron a dichos exámenes.

Con motivo del éxito alcanzado en sus exámenes, el Dr. Muñoz fué objeto de un simpático homenaje por parte de los miembros de la facultad del Hospital Mimiya, quienes celebraron una comida en su honor en la noche del 18 de junio en los salones del Pan American Club de esta capital, y a la cual asistieron alrededor de 25 personas.

Dr. Manuel Pavía Fernández

Recientemente salió hacia los Estados Unidos en compañía de uno de sus hijos, quien habrá de cursar estudios en un colegio americano, el estimado colega Dr. Manuel Pavía Fernández.

Dr. Luis R. Guzmán

Con el propósito de cursar estudios avanzados en neuro-cirugía embarcó el día 28 de los cursantes hacia los Estados Unidos, el querido amigo, cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota, y quien últimamente había venido actuando como patólogo y director médico del Hospital de Distrito de Fajardo El Dr. Guzmán ingresará en el Presbyterian Medical Center de la Universidad de Columbia, donde permanecerá durante los próximos tres años.

Dr. David Rodríguez-Pérez

Recientemente embarcó hacia los Estados Unidos, a especializarse en cirugía torácica, el estimado amigo Dr. David Rodríguez Pérez, quien durante los últimos años había venido ejerciendo como cirujano en el Hospital Municipal de esta Capital.

Dr. Juan A. Pons

Recientemente pasó a ocupar el cargo de Director de Beneficencia de la Capital, el estimado colega Dr. Juan A. Pons, médico internista que goza de gran prestigio en nuestros círculos médico-sociales.

Al asumir los deberes de su cargo, el Dr. Pons ha expedido un manifiesto exponiendo la labor que se propone llevar a cabo en dicha dependencia, y dado su espíritu de renovación y su marcado interés en los asuntos médicos-administrativos no dudamos que pueda llevar a una feliz realidad todos sus postulados.

El Dr. Pons no ha vacilado en sacrificar el servicio que antes rendía a su clientela privada en beneficio de la población indigente de nuestra ciudad capital, y espera que otro tanto hagan los compañeros que ha escogido para integrar la nueva facultad médica del hospital municipal de esta ciudad.

Hacemos votos sinceros por el completo éxito de las gestiones del amigo Pons.

Dr. Héctor A. Bladuell

Corrigiendo la información que diéramos en nuestra pasada edición en relación con el viaje que hiciera a los Estados Unidos el estimado amigo Dr. Héctor A. Bladuell en compañía de uno de sus hijitos, deseamos aclarar que su hijo fué operado por el Dr. Leo Mayer en el "Hospital for Joint Diseases de Nueva York", y no en la Clínica de los Hermanos Mayo, como inadvertidamente informamos.

Dr. R. Fernández Marina

También se ausentó recientemente con el propósito de cursar estudios avanzados en uno de los colegios médicos del continen, el estimado amigo Dr. R. Fernández Marina, ex-director del Hospital de Distrito de Bayamón.

Dr. Rurico S. Díaz

Después de una ausencia de aproximadamente tres años, durante los cuales desempeñó un cargo de instructor en el Colegio Médico de la Universidad de St. Louis, se encuentra nuevamente entre nosotros, disfrutando de unas merecidas vacaciones, el estimado colega, Dr. Rurico S. Díaz, quien anteriormente había pertenecido a la facultad médica de la Escuela de Medicina Tropical.

El amigo Díaz está considerando la posibilidad de renunciar su cargo actual para permanecer en nuestra isla prestando sus servicios en alguno de los hospitales de la capital.

Dra. Marta Robert

Después de unas cortas vacaciones en el Norte, se encuentra nuevamente en el desempeño de su cargo de Directora del Ngociado de Salud Maternal e Higiene Infantil, la estimada compañera Dra. Marta Robert De Romeu.

Dr. Luis A. Sánchez

En viaje de placer y estudios embarcó recientemente hacia los Estados Unidos, el querido amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas, y quien desempeña el cargo de Jefe del Departamento de Medicina en el Hospital de Distrito de Aguadilla

Dr. Pedro Orpi, Jr.

Con el propósito de darle mayor auge a las actividades del Club Médico, ha sido nombrado Director Social del mismo, el

entusiasta colega Dr. Pedro Orpi, Jr., miembro de la Facultad médica del Hospital Mimiya.

Dr. Nathan Rifkinson

A mediados del cursante mes embarcó hacia los Estados Unidos, en viaje de estudios, el estimado colega Dr. Nathan Rifkinson, patólogo del Hospital de Distrito de Bayamón.

Ingresan en las fuerzas armadas

Recientemente fueron llamados a prestar servicios en las fuerzas armadas los siguientes compañeros:

Dr. Antonio Rullán, del Hospital San José.
Dr. Enrique Pérez, de la Escuela de Medicina Tropical.
Dr. Andrés Salas, del Hospital Presbiteriano.
Dr. A. García Castillo, del Hospital de Distrito de Aguadilla.

Compañeros que regresan a la práctica civil

Entre los colegas que han sido recientemente honorablemente licenciados del Ejército encuéntranse los siguientes:

Dr. Luis González, quien ha pasado a ocupar el cargo de Director del Hospital de Distrito de Bayamón.
Dr. Víctor J. Montilla, quien ha pasado a ocupar el cargo de Director de la Unidad de Salud Pública de San Juan.
Dr. J. Nieves Colón, quien ha pasado a desempeñar una plaza en la Unidad de Salud Pública de Caguas.

Cambios de residencia

Recientemente se han registrado los siguientes cambios de residencia:

Dr. Jorge García Bird, del Hospital de Distrito de Aguadilla al Hospital de Distrito de Fajardo.
Dr. Manuel A. Frías, de Manatí al Hospital Municipal de San Juan.
Dr. Nicolás Arena, de Villalba a Río Grande.
Dr. Jesús M. Rodríguez, de Juana Díaz a Ponce.
Dr. Pascual M. Rodríguez, de Juana Díaz a Ponce.
Dr. Pascual A. Rivera Porrata, de Yauco a Santurce.
Dr. José H. Vázquez, de Arecibo a Manatí.
Dr. M. Fernández Fuster, del Hospital de Distrito de Fajardo al Hospital Municipal de Santurce.
Dr. J. J. de Lara, de Río Piedras a Caguas.

Nuevos miembros

Recientemente fueron admitidos como miembros de la Asociación los siguientes colegas:

Dra. María Amalia Parés, de Santurce.
Dr. José A. Vázquez Vélez, de Ponce.
Dr. Francisco A. Ferraiuoli, de San Juan.
Dr. Plácido Osvaldo González, de Fajardo.

Están pendientes de consideración las solicitudes de ingreso de los siguientes colegas:

Dr. Fernando Vallecillo, Jr., de Aguada.
Dr. Julio E. Garcés, de San Juan.

SECCION DE BIBLIOTECA

Publicamos a continuación una relación de las revistas y panfletos que se reciben en nuestra Asociación.

Nuevamente exhortamos a los compañeros a regalar a la Biblioteca libros de reciente edición, así como aquellas revistas que puedan considerarse de interés general.

REVISTAS Y PANFLETOS RECIENTEMENTE RECIBIDOS

Argentina

Anales del Instituto de Maternidad y Asistencia Social
Boletín del Instituto de Medicina Experimental para el Estudio y Tratamiento del Cáncer
Boletín de la Academia Nacional de Medicina de Buenos Aires
Index de Neurología y Psiquiatría
Infancia - Revista de la Asociación Médica de la Casa de Expósitos
La Prensa Médica Argentina
Obstetricia y Ginecología Latino-Americanas
Radiología
Revista Argentina de Tuberculosis
Revista Médica de Tucumán
Revista Médica Latino-Americana

Brasil

Annais Paulistas de Medicina e Cirugía

Chile

Revista Chilena de Higiene y Medicina Preventiva

Colombia

Colombia Médica

Costa Rica

Revista Médica de Costa Rica

Cuba

Archivos Cubanos de Cancerología
Boletín del Colegio Médico de La Habana
Revista de Leprología, Dermatología y Sifilografía
Revista de Medicina y Cirugía de La Habana
Vida Nueva

Estados Unidos

American Journal of Obstetrics and Gynecology
American Journal of Ophthalmology
Annals of Internal Medicine
Archives of Physical Therapy
American Review of Tuberculosis
Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana
Bordens Review of Nutrition Research
Bulletin of the American Society for the Control of Cancer
Bulletin of the Medical Library Association
Bulletin of the N. Y. Academy of Medicine
Current Researches in Anesthesia and Analgesia
Diseases of the Chest
Hygeia
Naval Medical Bulletin
Nutrition Reviews
Revista de Radiología y Fisioterapia
Revista Rotaria
Stanford Medical Bulletin
Texas Reports on Biology and Medicine
The American Journal of Digestive Diseases
The American Review of Tuberculosis
The Diplomate
The Hospital Corps Quarterly
The Illinois Medical Journal
The Journal of the American Medical Association

The Journal of the International College of Surgeons
The Journal of Criminal Psychopathology
The Milbank Memorial Fund Quarterly
The Ontario Medical Review
Tile and Till
What's New

Honduras

Revista Médica Hondureña

México

La Revista Médica de Yucatán
Revista del Instituto de Salubridad y Enfermedades Tropicales

Panamá

Boletín de la Asociación Médica Nacional

Perú

Revista de la Sanidad de Policía

Puerto Rico

Puerto Rico Health Bulletin
Revista de la Asociación de Maestros
The P. R. Journal of Public Health and Tropical Medicine

Uruguay

Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo
Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades
Hoja Tisiológica
Revista de Tuberculosis del Uruguay

Venezuela

Revista de la Sociedad Médico-Quirúrgica del Zulia

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

Nuevamente damos a la publicación la relación de compañeros que contribuyen de manera efectiva al fondo del Auxilio Médico Mutuo, mediante la expedición de sus certificaciones en los impresos que les suple nuestra Asociación.

Es de notar que de los 420 compañeros que pertenecen al Auxilio únicamente 56 han hecho remesas a la tesorería por dicho concepto. Sabemos de otros que habiendo expedido certificaciones en dichos impresos, aún no han enviado el importe de las mismas a Tesorería, a pesar de nuestras reiteradas súplicas al efecto. Una vez más urgimos de estos compañeros envíen el importe de sus certificaciones al Tesorero de la Asociación, y exhortamos a todos los miembros de la Asociación a hacer uso frecuente de dichos impresos, para robustecer aún más el fondo con que cuenta el Auxilio Médico Mutuo.

Dr. José Menéndez
Dr. F. Sánchez Castaño
Dr. Manuel G. Guerra (4)
Dr. Amalio Roldán (5)
Dr. R. Rivera Aulet (2)
Dr. Ricardo F. Fernández (2)
Dr. Leoncio T. Davis (4)
Dr. Fernando Asencio
Dr. Rafael Rivera (3)
Dr. Ramón C. Umpierre (3)
Dr. Miguel Alonso (2)
Dr. Juan Veve
Dr. A. Rodríguez Olleros (2)
Dr. Ezequiel Prieto
Dr. Julio R. Rolenson
Dr. R. Muñoz Vázquez
Dr. A. Otero López (3)
Dr. Héctor A. Bladuell (11)
Dr. Narciso Moreno
Dr. Luis J. Fernández
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. José F. González
Dr. Francisco J. Casalduc (3)
Dr. J. R. Bierley
Dr. Rafael A. Vilar (3)
Dr. Edgardo Quiñones
Dr. M. García de Quevedo
Dr. Luis F. Santos Tió (4)
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Francisco Seín
Dr. Carlos Domínguez
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. A. Fernández Valdés
Dr. F. Berio (2)
Dr. J. Ramos Lebrón
Dra. Edith Z. Rodríguez (2)
Dr. Luis L. Biamón
Dr. I. González Martínez
Dr. Frederick Ellis
Dr. José S. Belaval
Dr. L. A. Balasquide
Dr. Arquelio Ramírez
Dr. Luis R. Moczó
Dr. Honorato Estella (2)
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Manuel de la Pila
Dr. Ramón Maldonado
Dr. Elías C. Segarra
Dr. Eduardo D. Maldonado
Dr. J. Forastieri (2)
Dr. Jacinto Zaratt
Dr. Julio A. Santos
Dr. Jorge del Toro
Dr. Max D. Sánchez
Dr. J. Rodríguez Olmo
Dra. Ana Janer

SEGUNDA CAMPAÑA PRO FONDO MEJORAS AL EDIFICIO

De la Carta Mensual de nuestro presidente copiamos los siguientes párrafos que como es natural, tienen todo nuestro respaldo:

"Como ya hemos expuesto en ocasiones anteriores, es nuestro firme propósito llevar a una feliz realización dentro de los próximos tres meses las obras de mejoramiento al domicilio de nuestra Asociación, que nos trazamos al comienzo de nuestra gestión administrativa. Dentro de breves días estarán terminados los planos de la nueva construcción, la cual tenemos en mente comenzar en el transcurso del mes de JULIO, contando, como es natural, con que los compañeros que aún no nos han remitido su óbolo pro mejoras, o que solamente han enviado parte de éste, nos hagan llegar el mismo o su balance a la mayor brevedad.

"Es nuestro vehemente deseo terminar las obras que nos hemos propuesto realizar en nuestro domicilio, para luego encaminar nuestros esfuerzos a conseguir la construcción del domicilio médico en la ciudad de Ponce, tras lo cual podrán venir otros edificios idénticos en las distintas cabeceras de distrito, hasta haber dotado a nuestra clase de un segundo hogar en cada uno de los distritos.

"A través de la cohesión y el espíritu de camaradería, los miembros de la clase médica puertorriqueña hemos alcanzado una posición única en nuestro país; hagamos que nuestro domicilio y todo cuanto nos rodea sea una verdadera representación de ese espíritu de confraternidad y armonía. Ningún sacrificio, por grande que éste nos parezca, es bastante comparado con el **privilegio** de pertenecer a una entidad como la nuestra. Nada más justo que contribuir con nuestro óbolo a dotarla de un hogar del cual podamos sentirnos verdaderamente orgullosos.

"Envíenos su contribución ahora. Este es un nuevo llamamiento; **pero no será el último**; puesto que no descansaremos hasta haber logrado una suscripción del **ciento por ciento** de nuestros asociados. No permita que su nombre aparezca en la lista de los que aún no han contribuído para estas mejoras, que será publicada en la edición de JULIO del Boletín."

En esta ocasión no publicaremos la relación de los compañeros que han enviado su contribución pro mejoras a nuestro domicilio, a la cual ya hemos dado publicidad en repetidas ocasiones desde que nuestro presidente inició su campaña a principios del 1944. Esta lista será colocada en lo sucesivo en un sitio prominente de nuestro domicilio. Nosotros nos limitaremos, a partir de nuestra edición de JULIO a publicar la relación **de los colegas que aún no han aportado su contribución.**

EVITE QUE SU NOMBRE SALGA EN ESTA SECCION EN NUESTRA PROXIMA EDICION, enviando su contribución al Sr. Presidente.



¿CUANDO ES "FLEXIBLE" UN ALIMENTO INFANTIL?

● Cuando su composición básica permite la preparación fácil de fórmulas *intermediarias*, un alimento infantil puede considerarse "flexible". Pero como el carbohidrato es el "modificador" generalmente empleado al cambiar las fórmulas, ningún alimento infantil que tenga un alto nivel fijo de lactosa, se puede llamar "flexible".

Un alimento infantil "flexible" tiene que suministrar, aunque no en exceso, suficiente grasa de leche en una forma digestible; bastante proteína (también en forma digestible), para compensar las diferencias biológicas entre la leche de vaca y la leche materna; y lo que es muy importante, un contenido moderado de lactosa al cual se le puede agregar el carbohidrato en la forma y cantidad que recete el médico para cada una de las necesidades individuales del bebé.

DRYCO ofrece estas ventajas en forma muy singular.

DRYCO es la mejor leche de vaca adaptada de manera que suministre en forma muy digestible, la relación DRYCO 2.7 a 1 de alto contenido de proteína y bajo contenido de grasa. El nivel moderado de lactosa facilita la adición de carbohidrato para llenar los requisitos de la fórmula intermediaria.

25 años de prescripción profesional han comprobado que la flexibilidad de la composición básica de DRYCO es práctica. Verifique el nivel de lactosa para cerciorarse de la flexibilidad de un alimento infantil.

DRYCO

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL



Distribuidores para Puerto Rico:

PLAZA PROVISION COMPANY, Allen 15, San Juan, P. R.

Asegurando la eficacia de ERTRON*

*Reg. U. S. Pat. Off.

El producto que usted receta para *ertronizar* a sus enfermos artríticos se elabora según el método de Whittier, exclusivo nuestro, que asegura alta potencia sin productos accesorios deletéreos. La innocuidad y eficacia de Ertron se aseguran mediante minucioso control en el laboratorio y ensayos biológicos.

Además, esta seguridad y esta eficacia quedan comprobadas con las investigaciones clínicas reportadas en una extensa bibliografía. Esta bibliografía se refiere a Ertron, así, mencionando el nombre; y por lo tanto los informes atañen sólo a Ertron.



Se utilizan gases inertes para proteger esteroles de alta reacción contra oxidación.

Control de la Activación —Todos los factores en este procedimiento están rígidamente controlados.

La temperatura y humedad están controladas en la sección de ensayos biológicos.

Ertronice al Artrítico

Ertronizar significa: Emplear Ertron a dosis diarias adecuadas, durante un período de tiempo suficientemente largo para obtener los resultados óptimos. Aumentar las dosis hasta llegar a las recomendadas, o hasta alcanzar el nivel de tolerancia. Mantener estas dosis hasta obtener la mejoría máxima.

Ertron sólo—y ningún otro producto—contiene ergosterol vaporizado por energía eléctrica—Método de Whittier.

Presentación: Frascos de 50 y 100 cápsulas

Distribuidores Exclusivos en Puerto Rico: Pelegrina & Llorens, San Juan



THESODATE (Brewer)

Definition: Thesodate (Brewer) is the original ENTERIC COATED tablet of Theobromine Sodium Acetate.

Indications: Thesodate (Brewer) is indicated in the treatment of coronary artery disease, edema, and hypertension.

Distribution: Thesodate (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
*Thesodate, 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

Dose: One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION:
1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G., Arch. Int. Med., Vol. 60, page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F., J. A. M. A., Vol. 109, page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E., Am. H. Jour., Vol. 19, page 639, Number 6, June, 1940.

* Thesodate, 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, INC. **Worcester, Mass., U.S.A.**

Pharmaceutical Chemists Since 1852

HERISAN

(MARCA REGISTRADA)

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" Y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA:	50,000 U. I. de Vitamina A		
	6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo---	10 gramos
	Acido Bórico		2 gramos
	Oxido de Zinc		15 gramos
	Talco		15 gramos
	Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en: HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, etc.

Preparado por

ANDROMACHUS CORPORATION

22 East 49th Street. New York 1s-17, N. Y.

Distribuidor: **E. VELEZ POSADA,** Plaza de Colón, San Juan.



Blood Enrichment in Iron-Deficiency Anemia with

COPPERIN

The blood in iron-deficiency anemia is markedly benefited by Copperin administration: hemoglobin percentages quickly rise; red blood cells increase in quantity and improve in quality.

Due to the action of the catalyst, copper sulphate, the amount of iron ammonium citrate per capsule is reduced to only 32 milligrams. But as ALL the iron is made available to the bloodstream, a maximum therapeutic effect is obtained. Copperin does not stain teeth or irritate the gastrointestinal tract and is water soluble. Prescribe Copperin "A" for adults, Copperin "B" for children.

Liberal professional samples gladly sent on request

RAFAEL A. VILLAMIL

Box 530, San Juan, P. R.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL
(Organizada en 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

MEDICINA PRACTICA

Instrucción completa en aquellas materias que sean de particular interés al médico en la práctica general. El curso cubre todas las ramas de la Medicina y Cirugía.

Cirugía Plástica Reparadora

Este curso incluye diagnóstico y determinación del tratamiento; preparación pre-operatoria; anestesia; técnica operatoria; vendajes; cuidados post-operatorios; referencia especial de la utilización de piel y otros tejidos en la corrección de desfiguros y restitución de pérdidas de tejidos congénitas o adquiridas. Operaciones en el cadáver. Atención particular conferida a las conferencias, estudios y demostraciones de los avances de la anatomía quirúrgica, patología, etc., desde el punto de vista del problema de c. plástica.

ANESTESIA

Regional y espinal (en el cadáver) con demostraciones en la clínica del bloqueo caudal, espinal, troncular y regional; comprendiendo sus aplicaciones en Cirugía Urológica, Ginecológica y General. Anestesia en general con conferencias y demostraciones.

FISIOTERAPIA

Lecciones didácticas y aplicaciones clínicas activas de todos los métodos actuales de fisioterapia en medicina interna, cirugía traumática y general, ginecología, urología, dermatología, neurología y pediatría. Demostraciones especiales de electrocirugía menor, electrodiagnóstico, piretoterapia, hidroterapia (incluyendo terapia colónica) actinoterapia.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

MEDICAL EXECUTIVE OFFICER: 345 West 50th St., New York City

Este BOLETIN MEDICO se imprimió

en los talleres tipográficos

de la

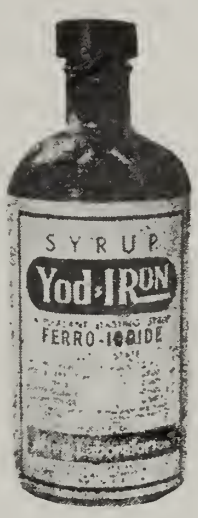
IMPRENTA VENEZUELA

Teléfono 2-4703 — Apartado 1481

San Juan 7, Puerto Rico

EL JARABE YOD-IRON
resuelve el problema de la terapia ferro-yodurada, brindando una forma **estable** y **no irritante** de hierro ferroso, cobre y iodo en estado iónico, en un medio de sabor agradable en extremo, lo que para los niños es ideal.

YOD-IRON
es una preparación de manifiesta superioridad al **yoduro de hierro en forma de jarabe, al cual aventaja.** Sus indicaciones son idénticas a las de éste, como alterativo y tónico.



ESTABLE
★
NO IRRITANTE
★
DE SABOR AGRADABLE

IDEAL PARA LOS NIÑOS

Producto de
AFLEG LABORATORIES
San Juan, P. R.

ELIXIR

ANTI-ANEMICO EXCELENTE Y COMPLETO

NEO-IRON COMPLEX

DESCRIPCION: Cada 30 cc. contienen Sulfato de Hierro Ferroso 0.2236 gm., Citrato de Hierro 0.04 gm., Sulfato de Cobre 0.0005 gm., Concentrado de Hígado Total equivalente a 22 gm. de Hígado Fresco y Complejo de Vitamina "B" como sigue: HCl Tiamina 1 mg., Riboflavina 2 mg., Niacinamida 10 mg., Piridoxina 1 mg., Pantotenato de Calcio 1 mg. en un vehículo de elixir de carne, pepsina y glicerina agradablemente aromatizado.

SE SUPLE EN FRASCOS DE OCHO ONZAS FLUIDAS

Producto de **AFLEG LABORATORIES** - San Juan, P. R.



Distribuidores:

SUCRS. DE ABARCA, INC.

Depto. de Drogas y Productos Farmacéuticos

Miramar - Santurce, Puerto Rico



CADA PERLA "ESDAVITE" contiene todas las vitaminas principales y de más importancia para los procesos metabólicos del organismo, en una fórmula bien equilibrada y de alto tenor vitamínico A, B_1^1, B_2^1 (G), C y D. Por su fácil digestibilidad y rápida asimilación, las PERLAS "ESDAVITE" son las preferidas para la terapéutica enérgica de las entidades patológicas provocadas por avitaminosis. Dosis profiláctica: 1 perla al día.

Presentación: En frascos de 25 y 100 perlas. **Sharp & Dohme, Philadelphia, E.U.A.**

PERLAS "ESDAVITE" POLIVITAMINICAS

Historia del Caso

Sra. Elena de González
Calle Independencia No. 1
Ciudad

4-16 Se queja de "indigestión", "dispepsia", anorexia, estreñimiento, y aversión a las grasas.

℞ Pulvules 'Bilron', un pulvule tres veces al día

5-6 ℞ Redúzcase la posología de 'Bilron' a un pulvule al día.



Medicamento Empleado

Efecto que produce

Pulvules 'Bilron'
(Sales Férricas de Bilis, Lilly)

*Estimula el flujo biliar

*Promueve la formación de bilis

PARA LAS RECETAS MEDICAS

Eli Lilly Pan-American Corporation
Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.

SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

AÑO XXXVII JULIO, 1945 NUMERO 7

MAR 2 2 1946

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

SHOULD VITAMIN D BE GIVEN ONLY TO INFANTS?

VITAMIN D has been so successful in preventing rickets during infancy that there has been little emphasis on continuing its use after the second year.

But now a careful histologic study has been made which reveals a startlingly high incidence of rickets in children 2 to 14 years old. Follis, Jackson, Eliot, and Park* report that postmortem examination of 230 children of this age group showed the total prevalence of rickets to be 46.5%.

Rachitic changes were present as late as the fourteenth year, and the incidence was higher among children dying from acute disease than in those dying of chronic disease.

The authors conclude, "We doubt if slight degrees of rickets, such as we found in many of our children, interfere with health and development, but our studies as a whole afford reason to prolong administration of vitamin D to the age limit of our study, the fourteenth year, and especially indicate the necessity to suspect and to take the necessary measures to guard against rickets in sick children."

*R. H. Follis, D. Jackson, M. M. Eliot, and E. A. Park: Prevalence of rickets in children between two and fourteen years of age, Am. J. Dis. Child. 66:1-11, July 1943.

MEAD'S Oleum Percomorphum With Other Fish-Liver Oils and Viosterol is a potent source of vitamins A and D, which is well taken by older children because it can be given in small dosage or capsule form. This ease of administration favors continued year-round use, including periods of illness.

MEAD'S Oleum Percomorphum furnishes 60,000 vitamin A units and 8,500 vitamin D units per gram. Supplied in 10- and 50-cc. bottles and boxes of 48 and 192 capsules. Ethically marketed.

MEAD JOHNSON & COMPANY, Evansville 21, Ind., U.S.A.

P. O. Box 3081 — San Juan, P. R.

SUMARIO

Página

Roseola Infantum, R. Fernández Marchante, M.D., Santurce, P. R. ---- 241

Breve reseña de los argumentos experimentales a favor de la existencia de una nueva función en el suero antitífico - Función X, Alois Bachman, M.D., Buenos Aires, R. A. ---- 250

Public Health at the Crossroads in Puerto Rico, O. Costa Mandry, M.D., Santurce, P. R. ---- 258

Movimiento Científico Mundial - Sección de extractos (Introducción) ---- 265

Cirugía ---- 266

Oftalmología ---- 267

Tuberculosis ---- 267

Sección de la Biblioteca ---- 270

Notas Necrológicas

Dr. Miguel Roses Artau ---- 276

Dra. Charis Gould-Gulledge ---- 277

Dr. Ramón Luis Rodríguez ---- 277

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del mes ---- 278

Asociaciones de Distrito ---- 278

Conferencias de Divulgación ---- 279

Actividades del Club Médico ---- 279

Personales ---- 280

Mejoras al domicilio de nuestra Asociación ---- 282

Página del Auxilio Médico Mutuo ---- 283

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

(Publicación Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico)

Avenida Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, Puerto Rico

DR. E. MARTINEZ RIVERA
Editor y Administrador

Editores Asociados

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. A. M. MARCHAND
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

El BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO es el órgano oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico. Se publica el día último de cada mes, constando cada volumen de 12 ediciones.

Los trabajos originales deben ser enviados al Editor-en-Jefe, Apartado de Correos 3866, Santurce 29, Puerto Rico, o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); año; volumen y página. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Si el artículo viene acompañado de ilustraciones, debe indicarse en el texto el sitio donde se desea que sean éstas intercaladas. Al dorso de cada ilustración debe hacerse constar claramente el título que deberá acompañarla.

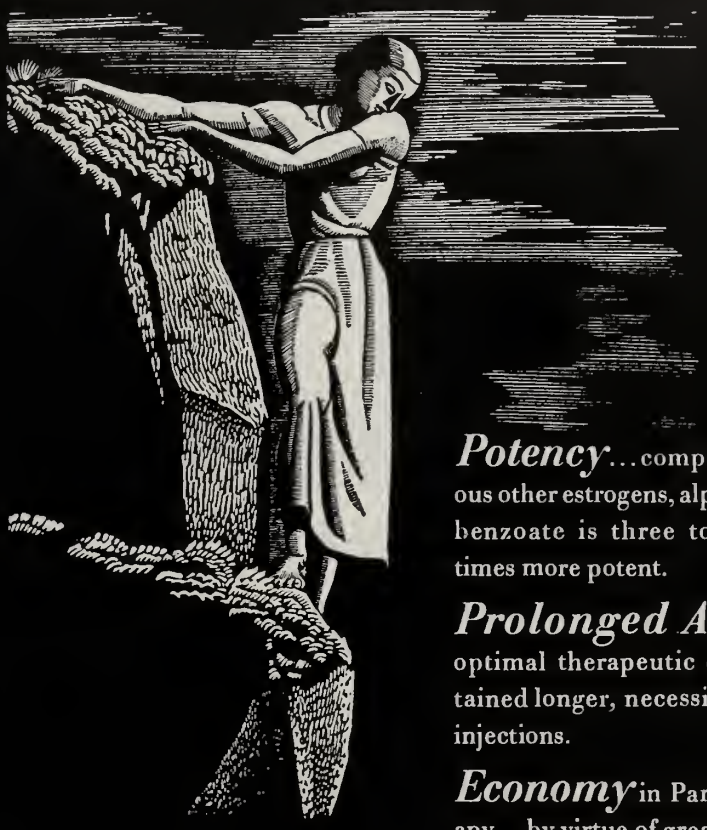
No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Editor-en-Jefe.

Información en relación con anuncios será suplida a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio estará sujeto a la aprobación del Editor-en-Jefe.

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Puerto Rico under the act of August 24, 1912.

PROGYNON-B



Potency... compared to various other estrogens, alpha-estradiol benzoate is three to thirty-five times more potent.

Prolonged Action... optimal therapeutic effects maintained longer, necessitating fewer injections.

Economy in Parenteral Therapy... by virtue of greatest potency and prolonged action.

"Non-Toxic in Extremely High Single and Accumulative Dosage."

SCHERING CORPORATION BLOOMFIELD • NEW JERSEY

FOR VICTORY AND AFTER: BUY U. S. WAR BONDS

Distribuidor: CESAR CASTILLO, Tetuán 10, San Juan, P. R.



¡ALCOHOLISMO!

UN PROBLEMA PERPLEJO

PORQUE le da al paciente una tregua misericordiosa a su sed insaciable y obcecación por el alcohol, el Sulfato de Benzedrina ha probado ser un auxilio sobresaliente en el perplejo problema del alcoholismo crónico.

Después de haber usado el Sulfato de Benzedrina durante 3½ años en una serie clínica de 56 casos de alcohólicos crónicos, el Dr. Bloomberg afirma: "el Sulfato de Benzedrina combate muy eficazmente la depresión y el malestar general . . . su uso hace innecesario la hospitalización del paciente . . . sus efectos benéficos son inmediatos y perceptibles . . . ."

A su petición le enviaremos directomente literatura, posología y muestros sobre este producto.

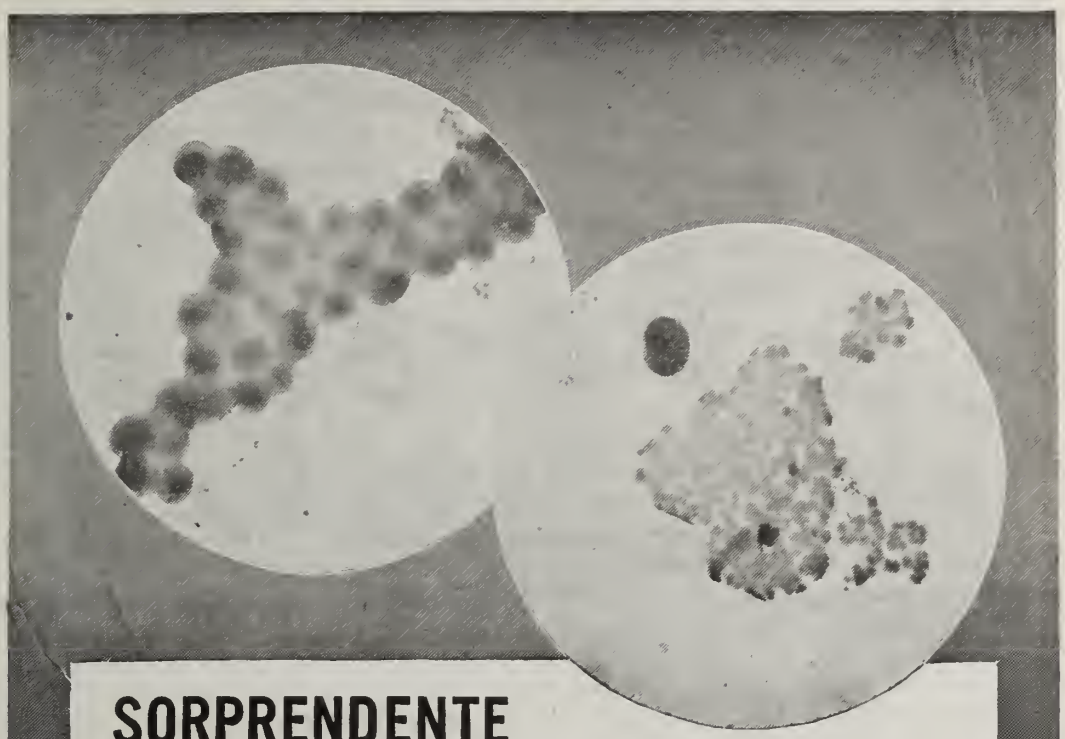
En el "Journal of the America Medical Association," el Dr. M. M. Miller dice: "esta droga parece disipar la apatía y la depresión . . . produce aumento del interés y bienestar . . . aumenta la facultad para la concentración . . ."

TABLETAS DE SULFATO DE BENZEDRINA

SKF 1841 1944

LABORATORIOS SMITH, KLINE & FRENCH
FILADELFIA, PA., E. U. A.

MAS DE 100 AÑOS SIRVIENDO A LA PROFESION MEDICA



SORPRENDENTE ACCION BACTERICIDA de la PENICILINA

Estas microfotografías—tomadas con el nuevo y poderoso microscopio electrónico RCA, y ampliadas diametralmente 38,000 veces—revelan elocuentemente la notable acción bacteriolítica de la Penicilina.

Las microfotografías arriba insertas fueron las primeras tomadas con el microscopio electrónico RCA para demostrar la acción de la Penicilina: La de la izquierda muestra microorganismos de un cultivo de estafilococos áureos sin tratar; la de la derecha muestra la casi total disolución de los microorganismos por la acción de la Penicilina.

El descubrimiento, la elaboración y la valuación clínica de este extraordinario agente quimioterápico, constituyen un verdadero paso de avance en la sorda guerra de la medicina contra las enfermedades.

La casa Merck & Co., Inc., a la vanguardia en la investigación y la producción de la penicilina en grande escala, seguirá desarrollando la producción con el fin de proveer cantidades adecuadas para la población civil y el ejército. *Se enviarán a petición boletines informativos.*

MERCK & CO., Inc.

Fabricantes de Productos Químicos de Calidad, Rahway, New Jersey, E. U. de A.

Toda mamá solícita procura
que crezca sana y gorda la criatura
y que siempre al comer tenga apetito
y esté muy bien nutrido su niñito.

Por eso, dondequiera, son famosos
de CLAPP'S los ALIMENTOS. Por sabrosos
y en ricas vitaminas abundantes,
al nene engordan más que nunca antes.



LAS mamás, los medicos y aun los bebés mismos . . . todos tienen motivo para apreciar los ALIMENTOS CLAPP'S PARA NIÑOS. Las mamás saben lo económicos y sencillos de preparar que son. Los especialistas en nutrición infantil alaban sus elementos, que hacen fácil y segura la tarea de alimentar a la criatura. Y el nene . . . ¡no hay más que ver la sonrisa con que acoge la suavidad y el exquisito sabor de los ALIMENTOS CLAPP'S!

EL CEREAL INSTANT CLAPP'S y la AVENA INSTANT, ambos ideales como primer alimento sólido del nene, contienen los ingredientes cereales más finos, incluyendo vitaminas B_1 y B_2 (G), aparte del hierro y calcio que tan importantes son para el crecimiento de los cuerpecitos por desarrollar. Estos cereales vienen ya cocidos, listos para servirse en unos cuantos segundos, ya con agua o ya con leche.

Suavemente colados, pero ni muy líquidos ni muy espesos, sino de fácil digestión, los ALIMENTOS COLADOS (strained) CLAPP'S son de 18 diferentes clases: frutas, legumbres y sopas. Tienen propiedades particularmente nutritivas porque se elaboran según un sistema de cocimiento científico ideado por CLAPP'S los ALIMENTOS CLAPP'S "JUNIOR" brindan 15 distintas variedades de alimentación entre las que se cuentan muchas *combinaciones* de vegetales y carne . . . todas sumamente alimenticias y que sirven para acostumbrar al nene a gustar de diversos sabores al comer.



ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN Council on Foods

Todos los alimentos CLAPP'S se preparan de acuerdo con especificaciones médicas.

ALIMENTOS PARA NIÑOS CLAPP'S

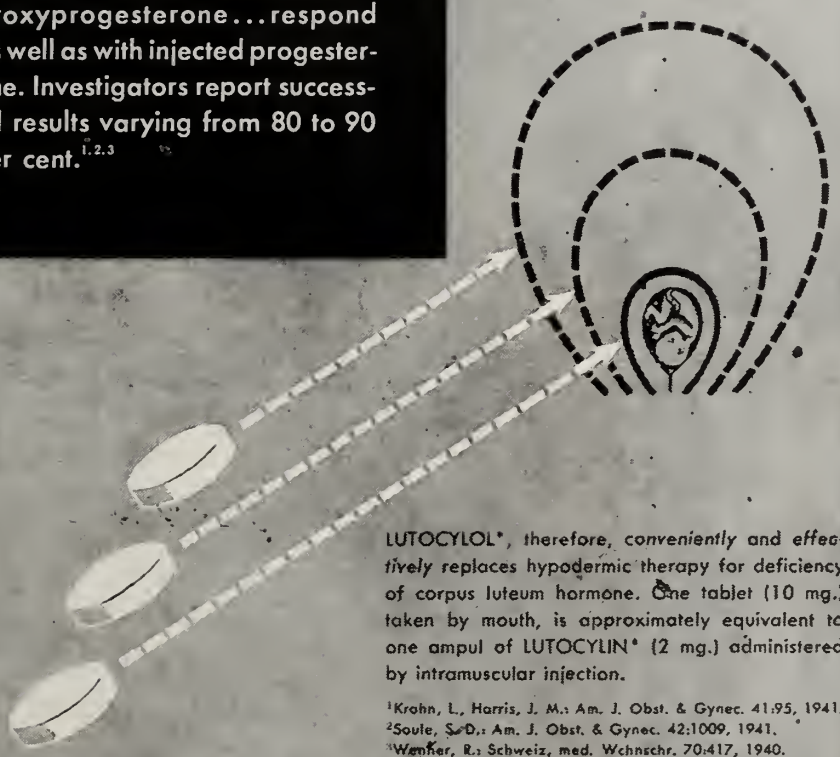
INSTANT CEREAL	INSTANT OATMEAL	STRAINED FOODS	JUNIOR FOODS
PRE-COOKED	PRE-COOKED	18 VARIETIES	15 VARIETIES

Distribuidor para Puerto Rico: FRANCISCO N. CASTAGNET

Tanca 1, San Juan, P. R.

HABITUAL ABORTION

Clinical studies indicate that selected cases of habitual and threatened abortion...when treated with oral anhydrohydroxyprogesterone...respond as well as with injected progesterone. Investigators report successful results varying from 80 to 90 per cent.[1,2,3]



LUTOCYLOL*, therefore, *conveniently* and *effectively* replaces hypodermic therapy for deficiency of corpus luteum hormone. One tablet (10 mg.) taken by mouth, is approximately equivalent to one ampul of LUTOCYLIN* (2 mg.) administered by intramuscular injection.

[1]Krohn, L., Harris, J. M.: Am. J. Obst. & Gynec. 41:95, 1941.
[2]Soule, S. D.: Am. J. Obst. & Gynec. 42:1009, 1941.
[3]Wenker, R.: Schweiz. med. Wchnschr. 70:417, 1940.

LUTOCYLOL

for EFFECTIVE ORAL THERAPY

*Trade Marks Reg. U. S. Pat. Off.

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC., SUMMIT, NEW JERSEY
IN CANADA, CIBA COMPANY LIMITED, MONTREAL

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc. Salvador Brau 70, San Juan 17, P. R.



EQUILIBRANDO LA DESCOMPENSACIÓN CARDÍACA

La terapéutica eficaz de compensación Digitálica urgente, o de sostenimiento, ha progresado mucho desde el descubrimiento de la DIGOXINA por los Laboratorios de Investigación de Wellcome Chemical Works de Inglaterra. El glucósido se aísla totalmente en forma estable, pura y cristalina, y es de composición química y de acción farmacológica definidas.

En la clínica y en el laboratorio, la DIGOXINA llena ventajosamente los requisitos de los preparados galénicos de la digital; no necesita normalización biológica de ensayo; es de acción rápida y sostenida; de menor toxicidad y mejor eliminación.

Literatura descriptiva a disposición de la Profesión Médica

Para Uso Oral:
Solución de Digoxina
0.5 de mgm. por cc.—(con pipeta).
Frascos de 10 y 30 cc.
'Tabloid' Digoxina
0.25 de mgm. por comprimido
Frascos de 25, 100 y 500

Para Uso Hipodérmico:
'Hypoloid' Digoxina
Amps. de 0.5 de mgm. en un cc.
En cajas de 3, 5 y 100 ámpulas



DIGOXINA

GLUCÓSIDO DE LA DIGITALIS LANATA

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES MONTREAL SIDNEY CIUDAD DEL CABO BOMBAY SHANGHAI BUENOS AIRES

Agente: RAFAEL A. VILLAMIL, Apartado 530, San Juan, P. R.

Por Qué S. M. A. es el Alimento Ideal para Niños Faltos de Leche Materna

Los médicos están de acuerdo en que la leche materna es el mejor alimento para el niño. Cuando la madre no puede suministrarla, es lógico asumir que se debe usar lo que más se le asemeja.

La leche de vaca—destinada por la naturaleza para la alimentación del ternero—no está bien equilibrada para satisfacer los requisitos nutritivos del niño. Aun las modificaciones cuidadosas no pueden ajustar la leche de vaca a los requisitos exactos del niño.

S. M. A., analizada física y químicamente, demuestra ser esencialmente similar a la leche humana.

Varios años de ensayos clínicos han demostrado que S. M. A.—por sus excelentes resultados nutritivos—es el alimento ideal para los niños faltos de leche materna.

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.
LONDRES, INGLATERRA SYDNEY, AUSTRALIA
WALKERVILLE, CANADA

Distribuidores:
CASTAGNET & CASTILLO CO.
P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

FS5, 3-40 SPANISH B IMPRESO EN E. U. A.

Recete S. M. A. Cuando la Leche Materna

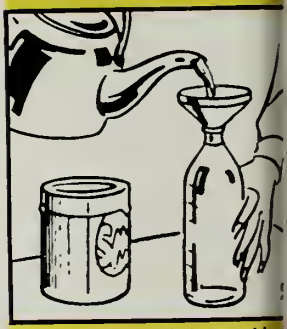
- **No pueda ser obtenida.**
- **Sea de baja calidad.**
- **Sea insuficiente.**

Se puede dar S. M. A. a niños de cualquier edad. Se le puede dar sin modificación ni cambio a los niños normales nacidos a su término. Se les puede dar S. M. A. desde su nacimiento hasta los doce meses o más si se desea. Al crecer el niño no hay más que aumentar la cantidad, como sucede con la leche materna.





Vacíe el polvo en el embudo hágalo pasar dentro de la botell



Agregue la cantidad requerida agua hervida tibia.



Póngale el tapón a la botella agite el contenido para disolver

S. M. A. Corporation, Chicago, Ill., E. U. A.

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.
LONDRES, INGLATERRA SYDNEY, AUSTRALIA WALKERVILLE, CANADA

MEDICACION COMPLETA CON EL COMPLEJO DE LA VITAMINA B

En el Elíxir Galen B* Fortificado todo el complejo de la Vitamina B natural — derivado del salvado de arroz — se utiliza como vehículo para llevar mayores niveles de tiamina y riboflavina. Cada onza del Elíxir Galen B Fortificado suministra 3333 Unidades Internacionales de Vitamina B_1 y 25 gramos de riboflavina, **además de cantidades efectivas de todos los demás factores incorporados en el salvado de arroz,** una fuente rica de todos los factores del complejo de la Vitamina B.



Cada cucharada (15 ml.) contiene no menos de:

Clorhidrato de tiamina (Vitamina B_1)	10.0 mgs.
Riboflavina (Vitamina B_2)	2.5 mgs.
Piridoxina (Vitamina B_6)	2.25 mgs.
Niacina (Acido Nicotínico)	30.0 mgs.
Acido Pantoténico	6.0 mgs.

El Elíxir Galen B Fortificado contiene, además, los miembros aun no separados del Complejo de la Vitamina B, tales como la Biotina, el factor Eluate, Inositol, Cholina, Acido Fólico, y el factor del Filtrado.

Cada onza fluida contiene también:

Hierro (como citrato de hierro y amonio)	½ gr.
Manganeso (como citrato de manganeso)	¼ gr.

Cómo Tomarlo: El Elíxir Galen B Fortificado puede tomarse sin diluirlo, o puede agregarse a cualquier alimento líquido o semi-sólido. Las dosis profilácticas para adultos varían de una a dos cucharadas diariamente. Para uso terapéutico se recomienda aumentar estas cantidades al doble.

Envase: El Elíxir Galen B Fortificado se envasa en frascos de 4 oz. (18.3 ml.), y 8 oz. (236.6 ml.).

Mediante el uso del Elíxir Galen B Fortificado en la terapia con tiamina y riboflavina, el médico puede estar seguro de que sus pacientes estarán protegidos **automáticamente, y sin necesidad de una segunda receta,** contra los peligros de la medicación incompleta y deficiente en algunos de los factores de la Vitamina B.

Galen Company

BERKELEY, CALIFORNIA, E. U. A.

Distribuidor: RODOLFO BERNAL, Apartado 2048, San Juan, P. R.



En el renglón de bolsas de goma hay dos tipos "SR" que se destacan netamente por sus sobresalientes cualidades. Ambas son bolsas de *"doble uso"*: para hielo o agua caliente.

La bolsa TWIN-BAG, de boca ancha y reforzada en su base—su material es extra resistente—tapa sujeta con una cadena—viene provista de hiladillas para sujetarla al cuerpo.

La bolsa STOPPERLESS, cuyo cuello enterizo no permite filtraciones. La abertura grande facilita llenarla con cubitos de hielo. Al usarla a la inversa, no hay peligro de quemarse con el vapor de agua.

FABRICANTES DE LOS GUANTES "SR" STANDARD PARA CIRUJANOS

The **SEAMLESS** RUBBER Company
NEW HAVEN, CONNECTICUT
E. U. A.

SR
Marca de Fábrica Registrada

FABRICANDO ARTICULOS DE GOMA DESDE 1877

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, INC.
Salvador Brau 70 - San Juan 17, P. R.



UN NUEVO AVANCE EN LA TERAPIA INSULINICA

Una nueva clase de Insulina es presentada a la Profesión Médica por los Laboratorios de Investigación de Burroughs Wellcome & Co. (E.U.A.), con el descubrimiento de la Globina Insulina con Zinc. Esta preparación, después de varios años de experimentación en el laboratorio y en la clínica, ha sido encontrada como:

a) Una insulina de acción pronta y prolongada.
b) Una solución clara que asegura una dosificación exacta y uniforme, y de menor efecto alergénico.
c) Una sola inyección por las mañanas es suficiente para el control adecuado de la mayor parte de los diabéticos.
d) Su acción concuerda con las necesidades fisiológicas del paciente: es máxima durante el día y desaparece lentamente cuando es menos necesitada, esto es, cuando el paciente se entrega al sueño.
e) Elimina prácticamente las reacciones nocturnas de las insulinas de acción muy prolongada, haciendo innecesaria la alimentación en la cama.

Frascos de dosis múltiples de 10 c.c. 80 unidades por c.c.

MARCA 'WELLCOME' REGISTRADA

GLOBINA INSULINA CON ZINC

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. de A.)

Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

Distribuidor Exclusivo: **RAFAEL A. VILLAMIL, Apartado 530, San Juan, P. R.**

ANEMIA POR DEFICIENCIA

CAPSULAS HEMONUTRIN

Para un aumento óptimo de la hemoglobina

HIERRO

EN FORMA DE GLUCONATO

COMPLEJO B

HIGADO



COMPOSICION:	Cada Cápsula	Dosis Diaria (9 Cápsulas)
GLUCONATO FERROSO	194 mg.	1750 mg.
EXTRACTO DE HIGADO (Fracción Secundaria)	97 mg.	875 mg.
CONCENTRADO DE LEVADURA	32 mg.	292 mg.
CLORURO DE TIAMINA (B^1)	100 U.I.	900 U.I.
RIBOFLAVINA (B^2)	250 mcg.	2250 mcg.
PIRIDOXINA (B^6)	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO PANTOTENICO	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO NICOTINICO	2.5 mg.	22.5 mg.

Más el Complejo B entero contenido en el hígado y en la levadura.

Muestras clínicas y literatura se encuentran a la disposición de la profesión médica a solicitud.

Exclusive Representative:

JOAQUIN BELENDEZ SOLA

56 Tetuán St. - P.O. Box 1188

San Juan 6, Puerto Rico

NION CORPORATION

LOS ANGELES NION CALIFORNIA

DAYAMIN LIQUIDO ABBOTT

7 VITAMINAS ESENCIALES:
A, D, B_1, B_2, B_6, C Y NICOTINAMIDA,
EN UNA EMULSION HOMOGENEA AGRADABLE

La dosis diaria de una cucharadita (5cc.) suministra:

Vitamina A	5000 U.I.
Vitamina D	800 U.I.
Clorhidrato de tiamina (Vitamina B_1, 1000 U.I.)	3 mg.
Riboflavina (Vitamina B_2)	3 mg.
Acido ascórbico (Vitamina C, 1500 U.I.)	75 mg.
Nicotinamida	20 mg.
Pyridoxina Hcl	1 mg.

FRASCOS DE 90 cc.

●

ABBOTT LABORATORIES PUERTO RICO, INC.

SALVADOR BRAU 80

SAN JUAN, PUERTO RICO

JUSTO 44 SEGUNDOS...

Y ESTA HECHO EL ANALISIS DE AZUCAR EN LA ORINA!

El nuevo método

CLINITEST



REQUIERE TRES SENCILLOS PASOS:



1 5 gotas de orina *más* 10 de agua.

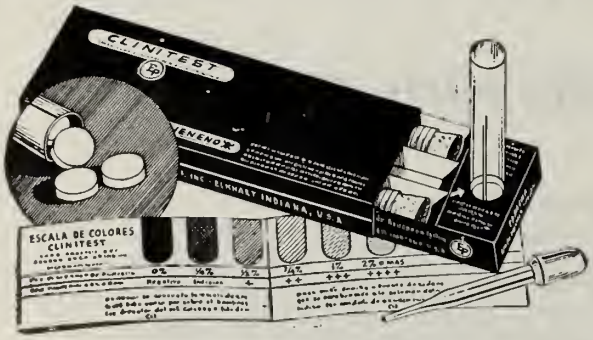


2 Se echa la tableta.



3 Se espera la reacción y se compara con la escala de colores.

Clinitest es el nuevo método, rápido, sencillo y económico, para determinar la proporción de azúcar en la orina. Está basado en una modificación de la conocida reacción de Benedict y conserva la progresión de los colores universalmente aceptada desde el azul hasta el verde y el anaranjado, indicativa de la presencia de azúcar en la orina en las proporciones de 0%, ¼%, ½%, ¾%, 1% y 2% o más.



Los juegos Clinitest se venden a precio muy módico, resultando en apreciable economía para cuantos necesitan recurrir a esta clase de análisis.

•

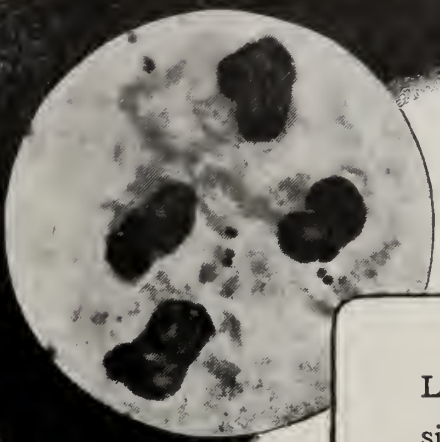
Hay juegos Clinitest de 50 tabletas y juegos de repuesto de 75 tabletas.

AMES COMPANY, INC.

Representante para Puerto Rico:

FRANCISCO GARRATON, S. en C. - Allen 85 - Apartado 1541 - San Juan

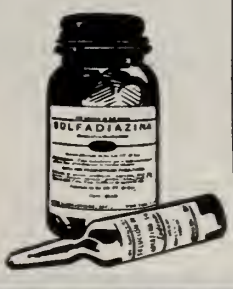
SULFADIAZINA



y Meningitis

La Sulfadiazina continúa siendo el agente quimioterápico de mayor eficacia en el tratamiento de la meningitis meningocócica.

Su fácil asimilación, buena tolerancia, alta concentración sanguínea y rápida penetración en el líquido cefalorraquídeo, explican su eficaz acción terapéutica.



LEDERLE LABORATORIES DIVISIÓN DE AMERICAN CYANAMID COMPANY INC.

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, NEW YORK

SUCURSALES Y REPRESENTANTES EN TODA LA AMÉRICA LATINA



For symptoms caused or accompanied by gastric hyperacidity

Creamalin promptly reduces stomach hyperacidity by adsorption. The effect is persistent. It does not provoke a secondary rise in hydrochloric acid, such as is common after alkalies, nor does it disturb the acid-base balance of blood plasma. . . . Relief is promptly secured and maintained with safety. Hence the very extensive application of this highly useful agent in the management of peptic ulcer and symptoms caused by gastric hyperacidity.

•

Supplied in

8 oz., 12 oz, and 1 pint bottles.

CREAMALIN

Reg. U. S. Pat. Off.

Brand of ALUMINUM HYDROXIDE GEL

NON-ALKALINE ANTACID THERAPY

ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN. Council on Pharmacy and Chemistry

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK 13, N. Y. WINDSOR, ONT.

RECETE

PLASTULES HEMATOGENAS

...el embarazo, y en casos de pérdidas crónicas de sangre y de anemia hipocrómica. ...stules Hematógenas suministran hierro en estado *ferroso*, listo para absorberse ...formación de hemoglobina. Están selladas herméticamente en cápsulas elásticas ...s de gelatina, para impedir su oxidación.



Las Plastules Hematógenas ofrecen las ventajas de un preparado ferroso moderno:

EFICACIA
COMODIDAD
TOLERANCIA

a menos costo que el de las otras formas de hierro usadas en anemias secundarias.

SON EFICACES

Las PLASTULES HEMATOGENAS ayudan al pranta restablecimienta de las niveles de hemaglabina en la anemia hipacrómica, aun en casas complicadas par aclarhidria.

SON COMODAS

Las pequeñas PLASTULES de gelatina se taman fácilmente y se disuelven pranta en el estámaga.

SON TOLERABLES

La pequeña dasis de PLASTULES HEMATOGENAS reduce los efectas desagradables de la administración de hierro par vía aral.



OFRECEN PLASTULES HEMATOGENAS SIMPLES O ...N CONCENTRADO DE HIGADO, EN ENVASES DE 50.

DOSIS MEDIA:

...ASTULES SIMPLES:
1 PLASTULE, 3 veces al día, después de las comidas.

...ASTULES CON CONCENTRADO DE HIGADO:
2 PLASTULES, 3 veces al día, después de las comidas.

Printed in U. S. A.

WPH-18

3

PLASTULES HEMATOGENAS



Tres PLASTULES HEMATOGENAS SIMPLES proporcionan una dosis diaria de 0.96 Gm. de hierro ferroso. Esto es suficiente para la pronta regeneración hemoglobínica en la mayoría de los casos de anemia hipocrómica.

CAMPO TERAPEUTICO DE LAS PLASTULES HEMATOGENAS:

Las anemias causadas por deficiencias nutritivas pueden corregirse económicamente con la administración de PLASTULES HEMATOGENAS y un régimen alimenticio satisfactorio.

Ciertos estados peculiares de la mujer contribuyen a que éstas sean más vulnerables que el hombre, a las anemias. La menstruación causa una pérdida constante de hierro que hay que reponer.

De igual modo, el sostenimiento y restauración de cantidades adecuadas de hemoglobina durante el embarazo, después del parto y durante la lactancia, son de suma importancia.

Durante la niñez y adolescencia la hemoglobina total aumenta de acuerdo con el crecimiento, y las reservas de hierro en el cuerpo deberán sostenerse proporcionalmente.

Las anemias causadas por pérdida de sangre (notablemente las que se presentan durante y después de las operaciones quirúrgicas) quedan influídas favorablemente con un consumo adecuado de hierro. Entre los donadores de sangre, la velocidad de la regeneración de la hemoglobina aumenta casi en un 50% y el período de restablecimiento se acorta considerablemente cuando se les administran pequeñas cantidades de hierro.

Las úlceras hemorrágicas del estómago y del conducto intestinal, las hemorroides y las hemorragias debidas a lesiones tuberculosas, a veces perjudican el cuadro sanguíneo y le presentan verdaderos obstáculos al médico.

Las PLASTULES HEMATOGENAS resultan eficaces y económicas para mejorar los estados arriba mencionados. Se toman cómodamente y son bien toleradas.

Wyeth International Limited NEW YORK, E.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

Publicado mensualmente bajo la dirección de la Junta Editora

Año XXXVII	JULIO, 1945	Número 7

ROSEOLA INFANTUM

R. FERNANDEZ MARCHANTE, M. D.*

Santurce, P. R.

The purpose of this presentation is to bring to the consideration of the medical profession at-large of Puerto Rico, a disease which from personal experience and from the experience of other pediatricians anl physicians, I believe to be a very common one occurring in the infants and children of this island.

Undoubtedly Roseola Infantum has been observed by all physicians and pediatricians with an active home practice, as this condition presents acute and fairly alarming symptoms, which become a matter of worry to the parents as well as to the physician in charge, until the appearance of the rash, which is so characteristic of this disease.

The doctor who has a practice almost limited to office, will have very little opportunity of observing cases of roseola infantum. It for some reason or other he is unable to follow the case of the infant or child he saw at home presenting as only symptom a high fever, he will miss the diagnosis of the case completely.

I want to make clear the above points in order that it may explain why it has been my good luck to observe a large number of cases of this condition in the area of the municipalities of San Juan and Rio Piedras. I conduct what may be termed an active home practice. Very rarely has the disease being observed at the office.

It is a well known fact that here in Puerto Rico, parents, with a few exceptions, will call the doctor to see an ill child about twenty-four to forty-eight hours after the onsent of fever. Mothers will exhaust at first every one of the usual popular home remedies, such as laxatives, enemas, diet, and what not, before calling the physician. The latter may leave prescriptions and treatment recommendations, and as the disease usually runs a course of three to five days, by the next twenty-four or forty-eight hours the fever drops, the rash appears, and the mother may not call the doctor again. If she calls him to inform about the appearance of the rash, the physician may call the case one of "mild measles", "food intoxication," "German Measles," etc., and the case is forgotten.

By having the condition in mind the diagnosis can be made tentatively even on the first day of illness by mere deduction, although of course, a number of diseases which may give rise to the same symptomatology must be eliminated both by logic, and with the aid of the labora-

* From the Department of Pediatrics, The University Hospital, School of Tropical Medicine, San Juan, P. R.

Consultant in Pediatrics, Bureau of Material and Child Hygiene, Insular Department of Health.

tory. In the tropics specially, some diseases that have similar blood pictures must be first ruled out.

Zahorsky, of St. Louis, was the first one to call the attention of the medical profession to this disease, separating it clinically from the other exanthematous diseases common in childhood. His papers written in 1910-1913 are the classics on Roseola Infantum and his original observations have been confirmed repeatedly by all the physicians which have had a number of cases under their care.

He suggested the name Roseola Infantum, although other authors have suggested different ones, such as Exanthema Subitum, Exanthema Criticum, Pseudorubella, Pre-eruptive Critical Fever, and the Sixth Disease.

During the past ten years though, it has been noticed that the literature has been enriched by frequent reports of group of cases and epidemic outbreaks in institutions, as well as critical reviews on the subject.

It is not within the scope of this paper to present a review of the literature, nor it is to present in a "scientific" and complete fashion my group of cases, for obvious reasons.

All the patients seen have been private, at home, where only the most essential laboratory procedures have been ordered. Even without having kept accurate record of my cases, I decided on this presentation because after talking to a great number of young and older practitioners, I realized that Roseola Infantum was being observed very frequently by them but were not diagnosing it properly.

It is a surprising fact to notice that a large number of mothers both in private and clinic practice will state that, "the baby has had measles twice" or that the child had a "very mild cases of measles when he was eighteen months or two years old." When these statements are made, close questioning will reveal that usually the first attack and the mild one have been Roseola Infantum. This is also the experience of other men with which I have discussed the disease.

Incidence

Zahorsky mentions that in twenty-five years, he saw fully three-hundred cases, and believes that the average pediatrician with an active home practice may see ten or fifteen a year. He also mentions the possibility of outbreaks in the community that will afford the opportunity of observing a relatively large number of cases in a short period of time. I believe that we probably have had such an outbreak during the past year. From January 1, 1941, until March 1, 1945, I have seen and positively recognized about 95 cases. Almost 50% of them were observed from December 1, 1943, until May 1, 1944. I treated, or rather took care of about 40 cases during these past four months. This is an unusual number to see in such a short period. The majority of the cases occurred in infants that have been under my care since birth, or during the past three years.

According to Zahorsky, the seasonal incidence is not characteristic, although he mentions the fact that most of the cases occur in the autumn and spring months. Other authors agree on this point, although some of them have seen their greater number of cases in late winter and late summer.

Age and sex

According to the consensus of opinion, Roseola Infantum is almost exclusively

limited to infants under two years of age. Nevertheless, it has been the experience of all men that have treated group of cases, that the age periods range widely. Undoubtedly, about 70-75% of cases are found between six and eighteen months of age. Zahorsky's youngest patient was two months old. Breese's youngest, three months old. The oldest of Zahorsky patients was fourteen years. Other men have seen patients seven to nine years old. There is a report by Cutts of the condition occurring in a woman thirty one years of age.

The average age periods of fully 90% of my cases ranged between four months and three years. A few months ago, I saw my youngest patient, two months old. The oldest I have seen was six years old.

All authors agree on the fact that the sex incidence is about equal. This has also been my experience.

Etiology

Up to the present time not very much is known in regards to the etiology of Roseola Infantum. Most authorities believe that it may be caused by an utltramicroscopic virus.

Pathology

These cases are not fatal, therefore, no pathologic features have been described, except the blood picture and the objective symptoms noticed during the course of the physical examinations.

Communicability and Incubation Period

In his first papers describing the disease, Zahorsky did not mention anything about its infectiousness. Later on though, he suggested that Roseola Infantum could be infectious, as one attack apparently gave lasting immunity, and based his statement also on the apparent absence of the disease in older children.

In 1927, Cushing reported an outbreak in a ward of the Montreal and Foundling Hospital, and by studying it he concluded that the disease could be contagious, and that the incubation period was approximately ten days. Berenberg and Greenspan, had the opportunity of observing an epidemic of Exanthema Subitum at the Home for Hebrew Infants in New York, and in their report they confirm the contagiousness of the disease as well as the incubation period which they also believe to be ten days. They suggest the possibility of contagion through a third person.

Symptomatology

The most outstanding symptom of Roseola Infantum is fever. It is usually the first and only warning of the disease. Its rise is abrupt, and is high (103º-105ºF) and persists for a period described by most observers between two and five days. The temperature usually drops by crisis, although Berenberg and Greenspan observed that in a group of their cases it came down by lysis. Zahorsky describes a morning remission in the great majority of cases, but never falling down to normal level.

In my experience, about 95% of the cases I saw had a high fever from the first day of illness ranging also between 103º and 105º, and this temperature was sustained with slight morning remissions, but rarely dropping below 101º.

In the majority of cases the fever lasted from three to five days, with an average of four. In 100% of them the temperature came down by crisis, with

slight elevations in the afternoons, from two to five days after the appearance of the rash. Confirming Zahorsky's and other authors observations no critical perspiration was noticed. As Breese well says the temperature is affected very promptly by acetylsalicilic acid.

Irritability is described as a very common symptom. I have been unable to confirm that, in the greater number of my cases. As a matter of fact, the remarkable feature has been to see the child happy, playing with his toys and allowing the physician to perform a pretty good physical examination. Even the mothers have remarked on "how well and how happy the baby looks in spite of such a high fever." There has been a number of cases that presented symptoms of general irritability and restlessness, but I must make it clear that this has been the exception rather than the rule.

Anorexia is also described as an important symptom. I have also been unable to confirm that in my cases. It is true, that some of the infants and children have refused to eat as well as they did before the illness, but the majority has not refused food, and the mothers have not called my attention to anorexia as an outstanding symptom. In very few, of course, there has been absolute refusal of food for the first twenty-four or forty-eight hours. I agree with Breese when he mentions the fact that the majority of children eats although less well than usual. Vomiting and diarrhea may occur. I have only seen one case of vomiting and that was in a four-months old baby.

Convulsions are described as a fairly common occurrence at the onset of illness. Only two of my cases developed them.

Adenopathy is said to be uncommon or very mild. Zahorsky states, that in a number of cases there may be mild cervical and inguinal lymphadenopathy. Nevertheless, I have observed marked occipital and sub-occipital adenopathy, so much so, that I have made that sign, one of the most important in suspecting the disease. This adenopathy has subsided after the rash itself disappeared. In infants that have had palpable occipital glands before the illness, it was noticed that about twenty-four to forty-eight hours before the rash appeared they were twice as large, discrete, and **not tender.** When the cases were checked again about one or two weeks after this episode, they had diminished in size to its original one. I personally do not place very much importance to the inguinal adenopathy, as this is seen in almost 90% of the infants in private practice, here in Puerto Rico.

The symptoms referable to the respiratory system are almost absent, although in some cases, there is slight pharyngitis or even a moderate tonsillitis. Very few of my cases have revealed enough changes in the throat to be called a definite pharyngitis or tonsillitis. Two patients had a very severe acute follicular tonsillitis and otitis media which I believe may have been found in some cases as a complication. In the soft palate, a few macules may appear on the third or fourth day of the disease.

The spleen and liver are not enlarged.

The rash is the final and most definite symptom of Roseola Infantum. I have seen it appear in three ways: (1) When the fever starts to subside; (2) a few hours after the temperature drops; (3) Twenty-four to forty-eight hours after the patient has been afebrile.

This also seems to be the experience of most observers. We all agree in the fact that the rash appears after the fever drops, and increases in intensity during

the next twenty-four hours only to begin to fade in the next twenty-four or forty-eight hours after it has fully erupted. In total, the eruption lasts from twenty-four to seventy-two hours and varies in intensity in the individual cases.

The characteristic exanthema can be described as "rubellifrom, or small pale reddish macules, two to three mm. in diameter, not elevated or only slightly elevated above the skin, fading on pressure."

The rash may be hardly noticeable at times, or it may be quite profuse. The eruption per se is indistinguishable from that of rubella and that of some drug eruptions. It appears in the neck and trunk almost simultaneously, and in a few hours covers the chest, abdomen, back and buttocks. The extremities are hardly involved. A few hours after its appearance it begins to fade in some places and to appear in others. It is characteristic of the eruption that in a matter of very few hours after its first appearance it extends throughout whole areas in the body. The macules may coalesce sometimes, and form large erythematous patches in the neck, chest, back and abdomen.

I have made some observations in my cases which have been so constant in so many that are worthy of mentioning, as I would like to see them confirmed. They have also helped me in diagnosing many cases during the febrile period before the appearance of the rash, and have been the following: approximately twenty-four hours before the fever subsided, some of the infants showed **slight "puffiness" and redness of the eyelids.** There was not real swelling, and in many instances **I found many small fine pin point reddish macules discrete in distribution, just below the lower eyelids.** Even the mothers have noticed it and have called my attention to that fact, so much so, that they have insisted upon doing "another urine examination on the child", a procedure that by that time has been already done once or twice.

Another observation noticed during the febrile period about twenty-four hours before the eruption, has been **indescribable "blotching" of the skin,** which has also been noticed by the mother. The skin turns blue and blotched as if it had been exposed to cold air. When I see that, I always ask the attendants if they see something wrong on the skin, and invariably they will have made the same observation. I am satisfied that this is a fairly common occurrence, and that my imagination does not play tricks, as the mother will describe the appearance of the skin in those instances almost the same way as I would in the lay language.

The third observation also made during the preeruptive stage, has been the **appearance of very many small pin point macules along the border of the mandible and near its angle, which sometimes disappear when the fever drops, and the fully developed rash appears.** This has also been observed by the mothers when my attention has been called to that fact, although some of them will call it "heat rash", but it does not have the popular characteristics of the latter.

Some cases of Roseola Infantum may occur without the appearance of the rash. They cases have the same typical febrile course, and the characteristic laboratory findings but not exanthema will make its appearance. I have observed three such cases.

Laboratory findings

The most important and striking finding is a leucopenia with granulopenia and relative lymphocytosis. Zahorsky, in

his latest review on the subject is emphatic when he makes the statement that the blood change should not be called a relative lymphocytosis, but that rather it be called a true granulopenia. He goes farther, and suggests that this disease be added to the category of the neutropenias or agranulocytosis and not the lymphocytosis.

The blood counts in my patients ranged between 2,500 and 7,600 leucocytes, and showed a marked granulopenia with a very high lymphocyte count, which ranged between 68% and 80%.

Some cases may show a normal blood count or even a slight increase in the leucocyte count with a normal differential or very slight increase in the number of lymphocytes on the first day of illness. Nevertheless, on the third day, there is nearly always a marked leucopenia and granulopenia. The lowest count in my series was 2,500 with 14% granulocytes, two monocytes and 84% lymphocytes This occurred in a seven months old infant that had a leucocyte count of 11,600 with 50% granulocytes on the first day of illness. In this case there was also a coincidental pyelitis, but curiously enough, on the third day it showed the characteristic picture of Roseola. Plasma cells are sometimes abundant in cases of rubella but none are found in Roseola.

The blood picture returns to normal rapidly after the eruption has faded. A few cases reported have shown a moderate leucocytosis a few weeks after recovery. All other laboratory procedures are negative in the uncomplicated cases . Undoubtedly this disease has to be differentiated from other febrile conditions that may show the same blood picture, as well as of exanthematous diseases and states that may give rise to skin eruptions of similar nature.

The following diseases must be considered as the most important ones in the differential diagnosis: Malaria, Rubella, Rubeola, Influenza, Pyelitis, Central Pneumonia, Atypical Pneumonia, Dengue, Scarlet fever, Syphilis and drug eruptions.

Malaria:

The child with malaria, looks sick. He may or may not have chills or convulsions, but will usually have profuse vomiting, and marked sweating. Severe diarrhea resembling dysentery may appear. The spleen is enlarged in the great majority of cases, or there may be increased splenic dullness. The blood picture of course does not help very much unless the causative plasmodium is found in thick or thin smears, which in the hands of a conscientious and experienced technician will not be a difficult diagnosis to make.

Rubella:

This is the disease with which Roseola Infantum is mostly confused. In Rubella the constitutional symptoms are mild. The temperature is slightly elevated, and usually the exanthema is the first evidence of the disease. The child may have gone to bed perfectly well the night before, and upon waking up the parents may notice the rash. It starts most frequently on the face which may be fully covered and spreads to the whole body within a few hours, including the extremities, palms, and soles. The lesions vary greatly in their morphology. They are lighter in color than the darker macules of measles. Vary in size from that of a pin head to a split pea. They are about 0.5 cm. in diameter. Have a tendency to coalesce and form areas with a scarlatiniform appearance. As a rule, the lesions

are very discrete, and although slightly raised they can be palpated. They stand out against the skin giving the rash its characteristic appearance. Frequently the eruption is very profuse over the buttocks. This is due to pressure. If undue pressure is applied with the hand over areas of the body, the rash will become more pronounced. The lesions disappear very rapidly, usually in twenty-four hours but may last three or four days. There is frequently but not always, a slight rhinitis or pharyngitis associated with it. The marked enlargement and tenderness of the posterior cervical, post auricular and occipital glands, is one of the most important features of the disease. Although I mentioned the fact that I have found the occipital and suboccipital glands enlarged in Roseola, this enlargement has been a **painless** one, and not as pronounced as in the cases of Rubella that have come under my consideration. There is also a leucopenia in Rubella but there is not a granulopenia at the start, although there is usually slight lymphocytosis from the second to the fourth day of the disease specially after the rash begins to disappear and the recovery stage ensues. There is also increase in the monocytes, and the eosinophiles which are usually diminished or absent during the acute phases of other infectious diseases, are normal in percentage or slightly increased and are definitely increased during the state of recovery.

Measles:

The typical attack of measles is easy to differentiate. The prodromal symptoms, the marked inflammation of the throat, Koplik's spots, the soft palate enanthema, and the appearance of the rash in the peak of fever, are easy diagnostic features.

Influenza:

In the type with mild or absent catarrhal symptoms, the differential diagnosis is difficult at first, but in influenza the child or infant is usually very prostrated, this prostration being out of all proportion to the physical findings. Undoubtedly the blood picture in a great number of cases is very similar to that of Roseola, but the granulopenia is not so marked and there is usually no rash. If present, it does appear accompanying the fever, and looks finer than the one in Roseola. The typical influenza with acute respiratory symptoms, will be easy to diagnose. The gastro-intestinal type may give rise to severe symptoms which of course are very rare in Roseola.

Pyelonephritis:

Obviously, in any obscure fever of infancy and childhood urine examinations are essential. They may reveal the cause of the febrile condition as being due to a Pyelonephritis in the great majority of cases of such a condition. The blood count may be normal, but most frequently shows a slight leucocytosis with granulocytosis. I had one case in a seven-month old infant who presented marked urinary changes, showing sixty WBC per H. P. F. and many clumps, but that in spite of sulfathiazole therapy which was discontinued in 48 hours due to profuse vomiting, the fever continued. The blood count showed a marked leucopenia with granulocytosis at the start. After discontinuing sulfathiazole the temperature continued to be elevated for forty-eight hours more, and finally came down by crisis, the rash appearing twenty-four hours after being afebrile. A second blood count taken twenty-four hours before the crisis showed leucopenia

and granulocytopenia. From that experience we can deduct that Pyelonephritis may occur concurrently with Roseola, but apparently Sulfa does not have any effect upon the course of the latter disease.

Dengue:

This disease in its most typical form is relatively uncommon in the infants and children here in Puerto Rico, and when it occurs, it may be difficult to differentiate from Roseola at the onset. Usually the severe symptoms, extreme restlessness due to muscular aches and pains, the "saddle back" type of temperature, the primary and secondary eruptions occurring in the disease, and the epidemic features of dengue may help in its differentiation. The blood picture also shows a marked leucopenia with granulopenia, but it has been shown by St. John and Reynolds that there is an "enormous increase in the immature neutrophils, i. e. shift to the left, that coupled with the leucopenia," they consider the most reliable single diagnostic feature of dengue fever.

Scarlet Fever:

In its typical form scarlet fever is rare in Puerto Rico, although isolated cases of a mild nature are seen. The marked throat infection almost always present, the strawberry tongue, the characteristic rash, the fever, the desquamation of the skin after the rash fades, and leucocytosis with granulocytosis are enough findings to differentiate it from Roseola.

Syphilis:

The secondary skin manifestations of congenital or acquired syphilis will be easy to differentiate, by the history, afebrile period, length of the rash and its characteristics, and of course the serological tests.

Pneumonia:

Central pneumonia may present a problem, but the high leucocyte count with granulocytosis, and X-Ray of chest will make the case clear.

Drug Eruptions:

It is a well-known fact that drugs, such as acetylsalicilic acid, amydopirine, phenobarbital, nirvanol, etc., and of course the Sulfa drugs, may give rise to skin eruptions almost indistinguishable from other exanthemata. Usually, drug rashes are polymorph in character and the same drug may give rise to different types of rashes in individual cases. The morbilliform rash is usually the most frequent one of the Sulfa drugs. The differential diagnosis can be very difficult at times, but the absence of symptoms in Roseola usually if not always will or should prohibit the use of any drug with the exception of aspirin or amydopirine and occasional quinine in the anxious practitioner of the tropics. Experience shows, that even with the use of antipyretic drugs, the fever will be influenced for a few hours only to rise again, and finally only when the disease has run its course, the temperature will remain normal and the rash will follow its characteristic course. We all know that in the case of Sulfa and other drug eruptions the typical rash make its appearance simultaneously in large areas of the body including the extremities, while in Roseola it starts in one portion of the neck or trunk, and while it fades in one part will develop in another and continue to extend in the course of a

few hours only to disappear very rapidly. The blood picture will help in the diagnosis.

It is worthy of mentioning that the older child of my series, which was six years old was seen on the second day of illness. He had a high fever, (41ºC) and presented a very severe acute follicular tonsillitis. Sulfadiazine was given and in spite of adequate dosages the fever continued for forty-eight hours. A blood count was taken and showed 10,000 leucocytes with a differential of 30% granulocytes and 70% lymphocytes. The Sulfa was discontinued on account of vomiting, delirium and sustained fever. On the fourth day of illness and twenty-four hours after discontinuing the drug, the temperature dropped, and a fine macular rash appeared on his neck, chest and back. By the next day the rash was more profuse and in thirty-six hours after its onset it had completely disappeared. This boy had also marked occipital adenopathy. Although it is unusual to see a case of Roseola Infantum with such an acute inflammation of the throat, I discarded the possibility of a drug rash not only by the typical course of the disease, but also by the blood count, that in spite of the leucocytosis, showed the marked granulopenia. Another count made just prior to the fall in temperature, showed a reduction of the leucocytes to 6,500 with the same number of granulocytes.

Complications

These are few, although otitis media, suppurative rhinitis, pneumonia and gastro-intestinal disturbances have been reported.

Treatment

The treatment is supportive. Acetylsalicilic acid is the drug of choice for the fever. I have never restricted diet in my cases, and I let them eat what they want. Fluids should be forced if possible and alkaline mixtures given.

Summary

The disease known as Roseola Infantum has been presented in order to convey a better understanding of the condition to the profession at-large in Puerto Rico. The accepted symptomatology, laboratory findings and general course of the disease have been described. A few personal observations that may await confirmation have been mentioned

Some of the difficulties in diagnosis specially in regards to drug eruptions, Malaria, German Measles, and Dengue have been presented, with suggestions as to their differentiation from Roseola Infantum.

It is hoped that in the future the diagnosis of this interesting condition be made more frequently.

REFERENCES

1. *Abrams, M. J.*: J.M.A. Alabama 12:113-115. Oct./42.
2. *Yoshina, T.*: Hawaii M.J. 1:235-239. March /42.
3. *Breese Jr., B.B.*: New York State J. Med. 41:1854-1859. Sept. 15/41.
4. *Greenthal R.M.* Wisconsin M.J. 40:25-27. Jan./41.
5. *Jennings, R.E.*: J.M. Soc. New Jersey. 37: 577-579.
6. *Zahorsky, J.*: Arch Pediat. 57:405-409. July /40.
7. *Barenberg, L.H. & L. Greenspan*: Am. J. Dis. Child 58:893-993, Nov./39.
8. *Jones, B.B.*: Virginia M. Monthly 66:401-404, July/39.
9. *Stafford, G.F.*: Arch. Pediat. 56:246-249, April/39.
10. *Rocha J.M. & A. de Carvallo*: Brasil—Med. 49:333-342. April 13/35.
11. *Wallfield M.J.*: J. Pediat. 5:800-801, Dec. /34.
12. *Zahorsky, J.*: Brenneman's Practice of Pediatrics, Vol. 2, 21:1-6. W.F. Prior Co. 1940.

BREVE RESEÑA DE LOS ARGUMENTOS EXPERIMENTALES A FAVOR DE LA EXISTENCIA DE UNA NUEVA FUNCION EN EL SUERO ANTITIFICO — FUNCION X

ALOIS BACHMAN, M.D.*
Buenos Aires, R. A.

Después de los brillantes resultados prácticos obtenidos en el tratamiento de las toxiinfecciones mediante el empleo de las antitoxinas que tantas vidas han salvado y de la fácil constatación "in vitro" de los fenómenos de los anticuerpos bacterianos y celulares y de sus múltiples aplicaciones diagnósticas, así como en la vacunación activa y pasiva se instaló el concepto de su igualdad con el de la inmunidad, a pesar del fracaso de la aplicación de la mayoría de estos sueros en la terapéutica de las infecciones. Si bien es cierto que el concepto de la igualdad es real para las antitoxinas, no lo es, en general. para con los elementos antimicrobianos, más aún esta hipótesis, a mi juicio, ha impedido, por su imposición a los espíritus, el desarrollo doctrinario de la inmunidad antibacteriana y los resultados que de ello se hubiesen derivado.

Sin embargo una serie de constataciones se fueron acumulando para demostrar la necesidad de encontrar otro modo de ver para explicar ciertos fenómenos fácilmente reproducibles en la inmunidad antiinfecciosa, los que no encuadraban dentro del concepto clásico.

Así por ejemplo, Weil y Braun, demostraron que, el suero en contra de las pastorelas desprovisto, por absorción bacteriana, de todas sus propiedades demostrables, "in vitro" queda sin embargo preventivo con tal que se le inyecte 24 horas antes de la infección, fenómeno que fué prontamente confirmado para el suero de la erisipela de los cerdos por Spaet. Con el suero anticarbuncloso se han demostrado fenómenos semejantes por Bail, Petersen y por Matsumoto. Por aquel entonces estas constataciones que no se pudieron repetir con otros sueros, y como por otra parte el mecanismo antibacteriano no es unitario, él depende de las armas de ataque del germen y como además, el ambiente no estaba preparado para utilizarlas él estaba dominado por la idea de la importancia exclusiva de los anticuerpos bacterianos, las experiencias mencionadas no llamaron mayormente la atención y quedaron como simples curiosidades, luego completamente olvidadas.

Sin embargo en el curso de los años fueron tantos los argumentos acumulados en contra de la acción exclusiva de los anticuerpos bacterianos en la inmunidad, sobre todo para ciertas infecciones, como por ejemplo la tifoidea, que Kolle y el mismo Sobernheim, los dos campeones de la inmunidad lítica, tuvieron que convenir en la existencia de algún otro factor, pues los anticuerpos por sí solos no bastaban para explicar todos los fenómenos inmunizatorios. A estas opiniones hay que agregar la muy importante de Besredka, quien se manifiesta francamente en contra del concepto de aceptar la presencia del anticuerpo como una prueba del estado de inmunidad, a los cuales, se une entre otros Ramón y los numerosos argumentos que he publicado en varias oportunidades. En la actualidad se pronuncian en el mismo sentido Longfellow y Luippold.

A pesar de todo es todavía frecuente

* Miembro Titular de la Academia Nacional de Medicina, Profesor Asociado de Microbiología.

el pretender medir la importancia de un estado inmunizatorio por el valor de los anticuerpos demostrables "in vitro" práctica que trataré de demostrar que no es exacta, en especial en lo que se refiere para con el bacilo de Eberth.

Antes de entrar en materia hagamos una breve reseña del mosaico de antígenos de la Salmonella typhi. Este microbio por encima del núcleo de antígenos cosmopolitas más o menos comunes a todas ellas y que fueron demostrados por Whitte, conjunto que constituye su estado R, apatógeno, tiene, por así decir, la caparazón agresiva de los gérmenes patógenos de las colonias S. Esta está constituída en el bacilo de Eberth por la envoltura lipido glúsica denominada, de acuerdo con la terminología de Kauffmann y Whitte, O IX y por fuera de ella se encuentra el antígeno de la misma naturaleza química, llamado Vi, descubierto por Félix y Pitt, quienes le asignaron una superior jerarquía biológica en la actividad patógena del germen, suponiendo que los microbios que lo contenían poseían una mayor capacidad virulenta y vacunante. La mayoría de los autores, con Kauffmann a la cabeza, no admiten que el antígeno Vi sea realmente el de la virulencia porque él se encuentra también en algunas cepas R, es decir avirulentas, demostrándonos que la sola presencia de ese antígeno no basta para conceder patogenidad al germen, por otra parte la parcela Vi se encuentra en otras salmonelas, como ser la Para C. de Hirzfeld, así como en la balerup, en las cuales no desempeña la función que Félix y sus colaboradores le quieren asignar. Eso si la existencia de esta parcela antigénica en el bacilo de Eberth, unida a la IX le dan a este microbio alto poder patógeno e inmunizatorio; razón por la cual sostiene Boivin que el conjunto de estos dos antígenos constituye toda la endotoxina del germen.

Sus investigaciones, efectuadas en colaboración con Mesrabeanu, así como las de Raistrick y Topley como también las de Henderson y Morgan, han demostrado que las llamadas endotoxinas están constituídas por la totalidad de esas parcelas, cuya constitución química corresponde a las de los lipidoglusicos, estos aislados del cuerpo bacteriano poseen todas las propiedades de lo que conocíamos por endotoxina.

Los estudios de Kauffmann, que luego han sido confirmados, demostraron que los gérmenes de las colonias S de la Salmonella typhi pueden presentarse según la existencia y la cantidad que contengan del antigeno Vi en tres formas diferentes. I. La forma W que contiene el antígeno IX y está desprovisto del Vi, es poco virulento, se aglutina fácilmente con el suero anti IX y como carece de Vi, no es influenciado por el anti Vi. II. La forma W V con un estado de equilibrio de los dos antígenos, de mediana virulencia aglutinable tanto por suero anti IX como por el anti Vi, y por fin III. La forma V con predominio marcado de la parcela Vi, muy virulenta y de alto poder vacunante, solamente aglutinable por el anticuerpo Vi. Por fuera de todos estos antígenos somáticos se encuentra el de las cilias que emergen de la periferia del bacilo constituyendo el antígeno H d, común para las dos formas la S y la R. Como este elemento no interviene ni en la virulencia ni en la inmunidad del bacilo sólo lo mencionaremos someramente en el curso de este estudio.

De modo pues que la Salmonella typhi según la importancia que en ella tenga la parcela Vi se manifiesta más o menos virulenta y de mayor o menor acción vacunante, antígeno que durante el paso de los microbios por los cultivos, tiende a des-

aparecer, quedando el germen en esta W y con el andar del tiempo este tiende a evolucionar hacia la forma R completamente apatógena.

Según mi modo de ver la evolución de este germen es más compleja. El microbio en el organismo infestado, gracias a su envoltura lipidoglusica, que le da agresividad puede adaptarse al medio interno hostil del huesped, para poder seguir viviendo, poder pulular y enfermar. Esa adaptación se hace mediante cambios bien evidentes en el bacilo. Los unos morfológicos que ya fueron notados por Bail y Rubritius, el bacilo se torna más rechoncho y acepta más fácilmente la tinción bipolar. Esta modificación en la forma es solo testigo de profundas alteraciones biológicas, las que pueden estudiarse en parte en el primer cultivo, obtenido en nuestros medios, sembrando agar con sangre de un ratón recientemente muerto mediante una infección peritoneal del bacilo de la tifoidea. Este primer cultivo difiere de los comunes, es más opaco, más grueso, blanquecino, húmedo, brillante, tan diferente que a primera vista, sin estar prevenido parecería que no fuesen colonias del bacilo de Eberth. Los microbios de estas colonias se aglutinan difícilmente por los sueros obtenidos con los gérmenes comunes, aún con los anti Vi, a veces solo son influenciados por los sueros conseguidos por la inyección de ellos mismos en el conejo. Todos los antisueros cuando tienen cuota anti H también aglutinan por intermedio de ella, a los bacilos de primer cultivo, pero su eliminación es relativamente fácil y permite el análisis de la acción de los otros anticuerpos. La principal diferencia los gérmenes de las colonias de primer cultivo se manifiesta en su alto poder de neutralización de los sueros específicos, muy superior a los de los otros bacilos aún de los que se encuentran en estado Vi.

De modo pues que por el hecho de haberse adaptado el germen al medio interno del invadido adquiere nuevas propiedades morfológicas y biológicas que lo transforman en un bacilo más apropiado para seguir viviendo en el medio hostil del medio interno, se transforma en lo que Bail llama bacilo animalizado y que por mi parte denomino de infección. Según Bail esos microbios eliminan sustancias que llama agresinas cuya misión sería neutralizar las defensas orgánicas para permitir pulular al microbio. A mi vez, supongo que el bacilo al transformarse en microbio de infección completa su mosaico de antígenos, antígenos que le permiten vivir y prosperar en el organismo, razón por la cual los he llamado fundamentales. La presencia de estas modificaciones del bacilo se ponen de manifiesto especialmente por su poder neutralizante sobre los sueros, el que es, como lo he manifestado, mucho mayor y más eficaz y completo que con los demás bacilos de la misma especie, pero mantenidos en nuestros medios de cultivo, aún cuando se encuentren en estado V, es decir poseedores en alto grado del antígeno Vi, fenómenos que se observan fácilmente al analizar la acción preventiva y curativa de los sueros antitifoideos obtenidos mediante inyecciones de bacilos vivos de primer cultivo en las venas de los animales. Estos sueros ya sean puros o agotados por bacilos en estado W, V o de primer cultivo, manifiestan propiedades completamente diferentes entre sí, demostrando la diversa capacidad de neutralización de los bacilos según la forma en que se encuentren y sólo explicable por la diversa constitución antígénica de los mismos, lo que demostraremos, en el estudio experimental de dichos sueros, tanto desde el punto de vista preventivo como curativo.

El punto de partida de nuestra experimentación fué la repetición de la inicial de Félix y sus colaboradores, quienes agotaron un suero antitífico, con sus anticuerpos IX, Vi y H, con un microbio que no contenía el antiguo Vi, en el caso el 901 H, por lo tanto se eliminaron solamente los elementos anti IX y anti H quedando remanente el anti Vi. Pues bien un suero en estas condiciones es francamente preventivo, con tal que se le inyecte algunas horas antes de la infección. Los autores ingleses sostuvieron que ese fenómeno era debido a la presencia del anti Vi, con lo cual creían demostrar la importancia de este anticuerpo y la del antígeno correspondiente. El resultado es real, pero a mi juicio no lo es la interpretación, pues en las experiencias anteriormente mencionadas, siguiendo un procedimiento semejante se obtuvieron resultados iguales, sólo que esta experimentación, por entonces estaba completamente olvidada.

Para eliminar la intervención del anticuerpo Vi procedí con sueros conseguidos mediante inyecciones endovenosas en los animales del microbio de primer cultivo comprobando que algunos de ellos no tenían cuota anti Vi. Pues bien, estos sueros agotados por el bacilo 901 H eliminando completamente las cuotas anti IX y anti H, quedaban altamente preventivas y lo que es más tan activas como antes o aún más, hasta de una actividad diez veces mayor. Por ejemplo el suero 538 puro, tiene un valor preventivo de 0.05 cc., en cambio agotado por el bacilo 901 H, aumenta su valor a 0.005. Fenómeno éste que se ha repetido con numerosos sueros que se han experimentado. Como este fenómeno de apariencia paradojal, no puede ser debido a la presencia del anti Vi, que no existe, él debe ser causado por otro elemento, que el susodicho bacilo no puede eliminar. Se demuestra también que en el dispositivo experimental mencionado no es necesaria la presencia del anticuerpo IX para la actividad preventiva del suero. Premisa que se demuestra perentoriamente agotando el suero con un bacilo que sin ser el Eberth contenga el antígeno IX, como por ejemplo la Salmonella gallinarum o la enteritidis y efectivamente es lo que sucede, pues el suero así tratado conserva todo su valor, a pesar de la eliminación del anti IX. En el suero agotado por el 901 H existen elementos activos, no eliminables por él, si ellos nacen en el organismo por efecto de los antígenos de adaptación o fundamentales, los bacilos de primer cultivo, que son los que más cerca se encuentran de los de infección, es decir de los que en el organismo infectado, han completado su mosaico de antígenos para poder seguir pululando en el medio interno hostil, han de poder eliminar esos elementos para los cuales el 901 H no posee capacidad o aptitud para ello. Es justamente lo que acontece. El suero 538 tratado por bacilos de primer cultivo pierde gran parte de la actividad que demuestra el agotado por bacilos comunes en estado W, actúan solamente con 0.05 c.c., vale decir tanto como el suero para ellos han eliminado parte de los elementos que en el suero absorbido por 901 H, demostraban tener tan alto grado preventivo, pero sin embargo este tratamiento no es capaz de dejar inerte al suero. Este fenómeno lo producen los bacilos de infección, tal cual se encuentran en el organismo. El suero tratado por ellos no tiene acción preventiva, lo que demuestra que esos microorganismos han eliminado los elementos remanentes en el suero después del tratamiento por bacilos de primer cultivo.

De esta experimentación se deduce que para la acción preventiva no son necesarios los anticuerpos IX y H, pues a pesar de su eliminación el suero lejos de

ser menos activo lo es más, su poder es mayor. En el ejemplo utilizado pasa de 0.05 cc. a 0.005 cc. Que realmente es el anti IX el elemento que dificulta la acción de las sustancias remanentes, después de la acción de los bacilos en estado W, lo demuestra la absorción por intermedio de Salmonelas con el mismo antígeno IX del de la typhi quienes dejan al suero con intenso poder preventivo a pesar de la eliminación del anti IX. Por lo tanto deben intervenir otros factores, otros elementos para los cuales el bacilo 901 H, no tiene poder eliminador, en cambio lo tiene en parte el bacilo de primer cultivo y total el de infección. Luego estos tienen un mayor poder neutralizante que los comunes, lo que hace evidente la diferencia biológica entre ellos. A mi juicio, como lo he manifestado, los microorganismos al adaptarse al medio interno hostil del huesped han completado su mosaico de antígenos, los que a su vez han provocado la formación de los nuevos anticuerpos, que los bacilos comunes al no poseer los elementos que los transforman en microbios de infección, fugaces en su presencia fuera del organismo, no son capaces de neutralizarlos y dejan activo al suero por ellos absorbido. Se ve claramente pues que la diferencia fundamental de estas diversas fases del bacilo de Eberth, reside en su diferente poder neutralizante para con los sueros específicos, débil para los microbios en estado W, intensa para los de primer cultivo y total para los de infección. Pudiera aducirse que a esta experimentación le falta para ser ampliamente convincente la cuota anti Vi que no existe en el suero 538, pero aún con la presencia de ese anti-cuerpo estos hechos se repiten.

Se manifiesta aún más este fenómeno del diferente poder de neutralización de las diferentes fases del bacilo de Eberth, en el estudio de la acción curativa experimental de estos sueros. El suero 682 intacto es muy activo, tiene un fuerte poder curativo, bastando 0.00004 c.c. para salvar a un ratón inyectado peritonealmente con dos dosis mortales mínimas, si la cantidad mencionada es introducida en esa serosa dos horas después de la infección, y eso a pesar de la intensa pululación microbiana y de su amplio pase al torrente circulatorio. Ese mismo suero agotado por el bacilo 901 H. que elimina a los anticuerpos IX y H dejando el anti Vi, sigue tan activo como antes, quizá algo más, porque la mayoría de los animalitos que reciben 0.00003 se salvan. En este suero está ampliamente representado el elemento anti Vi. Puede aducirse que la acción remanente, se debe a este factor que, no es eliminado por el bacilo en estado W, pues no tiene el correspondiente antígeno. En efecto el suero 682 agotado por el bacilo Ty_2 que se encuentra en estado Vi pierde mucho de su valor, demostrándonos la efectividad de la acción del anticuerpo Vi; pero sin embargo no pierde totalmente su actividad, ella es de 0.0005 c.c., es decir alrededor de diez y seis veces menor que el agotado por el 901 H. Vale decir que a pesar de las eliminaciones de los anticuerpos IX, Vi y H, el suero sigue activo, lo que lógicamente hace suponer la presencia de otro factor actuante, el que no puede ser eliminado ni por el 901 H, ni por el Ty_2, este último en pleno estado V. Si como es de presumirse estos elementos deben su formación a la influencia de los bacilos de infección, ellos podrán ser eliminados por lo menos en parte, por los microbios de primer cultivo, que son los que más se les asemejan. Esta premisa se cumple, pues el suero 682 agotado por bacilos de primer cultivo pierde casi totalmente su acción terapéutica, ella es mayor que 0.01, es decir prácticamente nula. Nos demuestra esta experimentación, sin dejar lugar

a dudas, que el bacilo de primer cultivo tiene un poder neutralizante mucho más intenso que el 901 H y que el Ty_2 a pesar de encontrarse éste en pleno estado Vi. Del examen de estos hechos se deduce que el bacilo de primer cultivo es biológicamente diferente de los comunes, que tiene un mayor poder neutralizante, ya sea para expresarnos dentro del concepto actual que contiene antígenos que no poseen los otros o que ha sufrido modificaciones de tal naturaleza que le hacen más apto para captar en el tubo de ensayo a los elementos protectores que se escapan a la acción de las otras fases del microbio y que no pueden ser puestas en evidencia por reacciones "in vitro". Son esos elementos y sus funciones a cuyo conjunto, para no prejuzgar nada he llamado Función X. Antígenos, productos, elementos que a mi juicio nacen como lo he manifestado al adaptarse el microbio patógeno al medio interno, ya sea ampliando su mosaico de antígenos o adquiriendo propiedades nuevas que se manifiestan fácilmente por el poder neutralizante sobre los sueros. Antígenos o elementos que provocan en el organismo el nacimiento de anticuerpos o de cuerpos protectores, que los comunes microbios de cultivo no pueden absorber o neutralizar, función que cumplen fácilmente los microbios de primer cultivo o mejor los de infección. Estos hechos nos demuestran sin duda de ninguna especie, la diferencia biológica de estas diversas fases de la Salmonella typhi, mayor acción neutralizante o de absorción por parte de aquellos modificados al adaptarse al medio interno hostil del huesped. modificaciones que se pierden rápidamente en los pases por nuestros medios de cultivo, lejos del ambiente que los provocó. Esta función X o sus elementos necesitan un corto período de incubación en el organismo antes de poder actuar y el suero que los contiene provoca una inmunización pasiva, vale decir poco duradera. La experimentación nos ha demostrado que la acción de esos elementos no se ejerce directamente sobre los microbios. Experimentando con el suero total siempre se encuentra una cantidad determinada, la que mezclada con cuatro dosis mortales mínimas e inyectada peritonealmente en los ratones se muestra inocua. Se produce en la cavidad de esa serosa una intensa fagocitosis que bien pronto dá cuenta de la infección, salvándose los animalitos. No sucede lo mismo con el suero agotado, en los cuales solo queda la función X, a pesar de aumentar las cantidades de suero conjuntamente con las cuatro dosis mortales de microbios, no hay cantidad con la cual se pueda salvar a los animalitos; mientras que este mismo suero —inyectado 24 horas antes tiene alto poder protector, pareciera como si los elementos del suero fuesen activados en o por el organismo animal. Por otra parte también se observa un mecanismo de destrucción bacilar completamente diferente en el peritoneo de los animales según sea el suero empleado. En el caso del suero completo o con la presencia del anticuerpo Vi después de agotado por el 901 H, como lo hemos observado con la Dra. Margara, la eliminación bacteriana se hace a base de una intensa fagocitosis, en cambio en los sueros en función X, vale decir absorbidos por microbios en estado Vi que eliminan los anticuerpos IX, Vi y H, la fagocitosis se efectúa de una manera débil en las primeras horas que siguen a la inyección terapéutica, luego ella no se manifiesta y durante un largo lapso de tiempo la eliminación bacteriana se lleva a cabo sin su concurso, mediante un mecanismo que aún estudiamos y que hipotéticamente suponemos que se trata de una acción bacteriostática, pues se notan, especialmente durante

la acción preventiva, imágenes bacilares, simulando filamentos, sin división aparente como si el proceso de multiplicación estuvise inhibido, por elementos existentes en el seno del exudado en el cual se encuentran sumergidos los microbios. Acción que cantona a los microorganismos en el peritoneo y en los órganos, especialmente en el bazo, pues los cultivos, los ponen de manifiesto aún tres y cuatro días después de la inyección terapéutica, aun cuando la búsqueda microscópica más minuciosa no los pueda poner de manifiesto. Por otra parte los animalitos poco después de la inyección del suero, cuando ella es eficaz, no sufren aparentemente nada. Se hace aún más factible la sospecha de la reactivación de los factores X por elementos del organismo a causa de la intensa y extensa lisis celular que se produce en el peritoneo de los animales en vías de curación tratados de esa manera, la que se nota especialmente después de la desaparición de la fagocitosis inicial. Durante el transcurso de ésta se notan imágenes de sombras celulares, uniformemente teñidas, con restos bacilares en diferente grado de digestión, como si el sacrificio de la célula— favoreciese la eliminación microbiana, la que después corre paralela con la destrucción de las células acumuladas en la serosa, sin intervención directa de ellas.

En resumen, de acuerdo con esta experimentación en el suero antitifoideo obtenido por la inyección de bacilos vivos de primer cultivo, se acumulan varios anticuerpos a saber el anti — OIX el OVi, el Hd y los X. La absorción por bacilos en estado W, sin antígeno Vi eliminan al OIX y H, dejando al OVi y los X. El agotamiento por microbios en la fase V absorbe los anti OIX, el anti OVi y el anti Hd, dejando solamente a los X. El tratamiento con microorganismos de primer cultivo privan al suero de los anti OIX, OVi Hd y parte del X, como se observa en la acción preventiva y de todo su poder curativo, por fin los bacilos de infección dejan completamente inerme al suero. De modo pues que según la fase en que se encuentre la Salmonella typhi es más o menos neutralizante, tanto más cuanto más cerca se encuentre del estado de infección. Datos que tendrán que ser tomados muy en cuenta en la producción de vacunas y de sueros terapéuticos, porque de acuerdo con estas experiencias, el bacilo de infección, es el único que tiene completo su mosaico de antígenos, o su constitución biológica ha llegado al máximo de agresividad y de acción patógena.

BIBLIOGRAFIA

Weil U.Braun. Folia Serologica T III. pág. 71.
Spaet. Zeitshrf f. Hyg. T 69, pag. 463.
Bail u. Peterson. Zentrbl. f. Bakt. I orig. T 34, pag. 4.
Matsumoto. Zeitschrf. f. Immuniff. T 40, pag. 412.
Kolle. Handb. d. Path. Mikroorg. 2 edc. T I, pág.
Soberhheim. Handb. d. Allg. Path. v Krehl u Marchand. T I, pag. 447.
Besredka. Immunisation local. Masson. Paris 1905, pag. 156.
Ramon. Rev. d. Immunologie T II, pag. 415.
Bachman. Rev. Sud. Americana de Endocri. Inmunidad, etc. T XXI, pag. 751.
Longfellow a. Luippold. Amer. Jour. Hyg. T 37, pag. 206.
Whitte. Jour. Path. Bact. T 35, pag. 77.
Kauffmann a. Whitte. Third Int. Congress f. Mikrobiologic, pag. 834.
Felix a. Pitt. Jour. Path. Bact. T 38, pag. 409.
Felix a. Pitt. The Lancet T 227 pag. 186.
Felix a. Bathnager. Brit. Jour. Ezp. Path. T 15, pag. 346.
Kauffmann. Zietschr f. Hyg. T 116, pag. 617 y Orkowwa, Kauffman Jour. of Hyg. T 36, pag. 514.
Boivin et Mesrobeanu. Rev. d Immunologie T I, pág. 551, id. T II, pág. 113, id. T III, pág. 319, id. T IV, pag. 40 y 197, id. T V, pag. 86.
Raistrick a. Topley. Brit. Jour. Exp. Path. T 15, pag. 113.
Henderson a. Morgan. Brt. Jour. Exp. Path. T 19, pag. 82.
Kauffmann. Zietschrf f. Hyg. T 117, pag. 798.
Bail u. Rubritius, Zentrblt f. Bakt. I orig. T 43, pag. 641.
Bail, Jehresbericht d Immunistsf. T VIII, pág. 91.

Bachmann, Bol. Acad. Nac. de Med. Buenos Aires. 1936. pag. 1099, id. Junio, Agosto y Sep. de 1937, id. Abril, Octubre de 1944. Día Médico, T X, Nº 461 y 462. Rev. Asoc. Med. Argentina T. LX Nº 31. Rev. Soc. Biol. Argentina, Nov. 1937. IV Congreso Path. Comparata Roma 1937. pág. 437. C. R. Soc. Biologie T 114, pag. 1217, id. T 115, pag. 345. Rev. Sud. Amer. de Endocr. Inmunidad, etc. T XX, pág. 629, id. XXII, pag. 73.

Bachmann y Margara, Bol. Aca. Nac. Med. Buenos Aires. Mayo de 1941.

Margara, Tesis de Profesorado. Buenos Aires. 1944.

PUBLIC HEALTH AT THE CROSSROADS IN PUERTO RICO*

O. COSTA MANDRY, M.D
Santurce, P. R.

Many changes have occurred in public health in Puerto Rico since Ponce de León landed at Aguada in 1509 with a group of men and established shortly afterwards the first settlement at Caparra. Here, in 1521 —as a result of unhealthy surroundings— was put into effect the first community health measure in the new world: transference of the settlement to present location in San Juan. Since then the island has developed into 77 towns and 800 barrios with a population of 2,045,793.

In discussing medical care we must depart from orthodox concepts of public health. As Falk states: "The paramount issue before public health leadership in the United States concerns the place of medical services within the framework of public health practice. We are all agreed that the first function of public health is to prevent. But must prevention deal only with the initial occurrence or onset of a disease? Shall it also mean that disease which cannot be prevented shall be recognized early in its course and treated promptly and effectively in order that human suffering shall be avoided; that the period of illness shall be shortened; that the course of the illness shall be moderated, shall not go on to more serious sickness, and shall not lead to further scarring and injury; that illness shall not lead to disability; that disability shall not be more prevalent that it has to be?

The practical import of these contentions is that medical care must be regarded as an integral part of a broad program of public health, one that embraces not only traditional community wide services and special provisions already developed for particular diseases or special population groups, but also general diagnostic and treatment services for all members of the community."

Puerto Rico stands at the crossroads in public health. Its new government has promised adequate medical care to all the people. Will it be able to accomplish it? What will it have to do? What are some of the difficulties? Will it face the problem according to modern concepts taking into account contributing factors or take the easy way: tackle one of its phases and call the job done?

The commissioner of health, a man of experience in public health administration, with full knowledge of the problems and traditions of our people, well versed in government administration and intimately related with the legislative and executive branches of the government, can do much in guiding efforts towards proper channels. Cognizant of the importance of medical services as integral part of public health, he has delineated a long range plan of health development which comprises medical care among its objectives.

The plan also includes construction of hospitals, expansion of existing ones, social measures to promote better welfare, adequate attention to public supplies and ultimate establishment of 200 rural medical dispensaries to provide needed medical facilities.

Let us analize medical care in Puerto Rico in the past, and present factors which bear on the problem.

* Presidential address, Puerto Rico Public Health Association, February 14, 1945.

During the early periods of Spanish colonization the population was small and well scattered. Medical care was not a problem. As population increased, physicians became scarce, and their inadequacy to meet prevailing needs became evident.

In 1615 a hospital was established at San Juan —the first in the island— to care for the military garrison. In 1774 with private funds, Bishop Friar Manuel Jiménez Pérez established in San Juan the first municipal hospital —for the city's poor. This was taken over by the military authorities in 1797, during the war with England.

During the beginning of the XIX century the medical situation became critical.

To meet demands for more physicians a medical school was established in San Juan in 1816. This marked a historical event: the establishment in the island of the first centre of learning of a university character. The school, for reasons we have been unable to determine, did not fulfill its objectives and was discontinued in 1844.

Measures were studied by the government to remedy the situation. Titular physicians were established by the **subdelegación de medicina** in 1849.

In 1855 **beneficencia** physicians were established and paid by the government to render medical attention to the poor.

In 1866, in view of shortage of physicians, the **subdelegación** authorized the **practicantes**, as auxiliaries to physicians, to work under their supervision in some of the mechanical procedures employed in medicine.

Today, almost 100 years since establishment of **beneficencia** this continues more or less the same. The system is obsolete, unscientific and inadequate and does not render service of great benefit to the people's health as it would if conditions were remedied, as they should.

In 1899, following American occupation, there were 174 physicians for a population of 940,355, one physician per 5404 inhabitants.

In 1911 the number increased to 249, one for every 4552 inhabitants, in 1936 to 445, one for every 3814 inhabitants and in 1944 to 519* one for every 3876 inhabitants.

The annual incoming number of physicians is entirely insufficent. A constant high birth rate coupled with a declining death rate provides a considerable surplus of population very year. For the years 1941, 1942 and 1943 it varied from 40,579 to 49,326. The following data gives the physicians registered and the average per year since 1847.

TABLE I

Period	*Physicians*	*Physicians per year*
1847-1898	366	7.0
1898-1910	75	6.2
1911-1935	439	17.2
1936-1944	186	20.6
1847-1944	1066	10.9

Let us compare the situation during 1944 and 1936 in which comparable data is available.

TABLE II

Rate of population per resident physician	*Number of towns*	
	1936	*1944*
No resident physician	13	20
Rate under 1000	1	0
Rate over 1000 and under 3000	6	4
Rate over 3000 and under 5000	9	10
Rate 5000 to 10,000	26	12
Rate over 10,000	21	31

* Including those in armed forces and temporarily in U. S., 608, one for every 3012 inhabitants.

TABLE III

POPULATION PER RESIDENT PHYSICIAN
IN 10 IMPORTANT TOWNS

Town	*Rate*	
	1936	*1944*
Aguadilla	3077	2572
Arecibo	5689	3420
Bayamón	3323	2478
Caguas	3661	4836
Fajardo	2507	2242
Humacao	2605	2823
Mayagüez	2631	3081
Ponce	2707	2955
Río Piedras	1436	2273
San Juan	893	1173

This proves beyond doubt that there is need for more physicians. Redistribution of existing number —526— will help in remedying situation but will not solve the problem. If the 164 physicians in armed forces and temporarily in U. S. would rturn during 1945 to civilian service that would provide 690 for 2,045,793 people: one physician per 2965 inhabitants, not near enough to provide adequate services. Any plan for better medical care is at fault unless a steady source of sufficient first rate physicians is available. Unbelievable as it seems, over 70% of Puerto Rico's death toll during 1941, 1942 and 1943 were not seen by a physician during their illness. Morales Otero estimates that only about 55% of illness in the island receive medical treatment.

The situation is difficult, critical, one that must be faced and solved effectively.

Notwithstanding the war, we have as many physicians in civilian practice as any other time, yet their need is felt more intensely.

What factors should be considered in formulating a plan for adequate medical care:

I. Health conditions

a. **Medical personnel.** A sufficient number of well trained professional personnel is necessary. These include doctors, dentists, nurses, technicians, social workers, practicantes and sanitarians. We do not have the number necessary in consonance with present needs.

Physicians. The provision of physicians alone will not be enough to solve the problem of bettering the health of the people. It is the duty of the government to see that public services are of first rate quality. Under no circumstance whatever, should quality be sacrificed for the sake of quantity. This is more so in its application to health which deals with human life. Physicians can be provided in three ways:

By importing into the island a sufficient number. This, we believe, will not work. Physicians from first rate schools in continental United States or Canada would not come because there is need and opportunity for them in their native lands. They would be at disadvantage by not knowing our language. The supply would have to come from countries where schools are not considered first class. Although speaking our language, the best and desirable type is not likely to leave their country for ours. They would create ill feeling among the native profession.

By providing scholarships to send a sufficient number of Puerto Ricans to first rate schools. This is not likely to succeed, it is very difficult to gain admittance to first class schools. Money budgeted for this purpose may not provide the desired number, and bring about a wasted effort and delay in gaining a goal.

Establishment of accredited medical school. This, in our opinion, is the only way of providing a sufficient and cons-

tant supply of physicians. The physicians would be from Puerto Rico, interested in this country, its problems, and the well being of its people.

A medical school would stimulate higher standards in medicine and allied professions. Teaching facilities are likely to improve knowledge in diagnosis, treatment and prevention of disease, all of which tend to provide a better quality of service.

In commenting recent report to Chancellor on establishment of accredited medical school at the University of Puerto Rico, noted continental authorities on medical education believe establishment of high grade school is excellent means of providing larger numbers of physicians.

One authority, states: "Without going into possible alternative methods of providing a better supply of doctors, it may be argued that while a local medical school is not necessarily the only means, it would be the surer guarantee of a supply."

Another says: "I have no doubt that the island needs more doctors, and that the only way it will obtain this, as thoroughly documented in the report, is by the establishment of a medical school in your university. In addition to the advantage of providing more physicians and better medical care, I am certain that the presence of a medical school such as described in the report would go far toward improving the general scientific morale of your people as well as elevating their health consciousness and generally improving their educational standards."

The third authority, states: "Medical education like public health is purchaseable but is inclined to appear expensive to non medical legislators. Unless Puerto Rico is convinced that the University can continue to maintain a high grade medical school, I believe it would be unwise to attempt the development of a medical school. It would undoubtedly be less expensive to provide scholarships to deserving students to study in existing high grade schools. However if this were done, both the profession and the public would be deprived of all the advantages incident to the existence of a well conducted medical school which would undoubtedly serve as a medical center for the island and make available satisfactory programs in the field of both undergradute and graduate medicine."

A fourth authority in letter to the Hon. Abe Fortas, Undersecretary of the U. S. department of the interior states:

"The need for adequate medical care in Puerto Rico, as in the continental U. S., is acute and will continue after the war. To meet the need I am convinced that a medical school in Puerto Rico is necessary, not only to supply the physicians who are required but also to keep them abreast of medical development. Furthermore, Puerto Rico has many medical problems peculiar to it and peculiar to the tropics and for this reason there should be accessible to its doctors a school which would lay stress upon the indigenous diseases."

We consider the establishment of a high grade medical school in our island a most urgent public necessity. It is the duty of the government to accelerate plans for the school. It is our duty to cooperate in the realization of such enterprise.

Nurses.— There are 872 licensed nurses in active practice. It is estimated that 1194 more are needed for the six year plan of development.

There seems to be, "a lack of constructive philosophy on the part of the professions and a lack of understanding and appreciation on the part of the

public of nursing standards, ideals and educational needs". To obtain more and better nurses we must get behind the plans of the nursing association which include among other things:

More training schools with a central school in nursing education to train instructors—badly needed—for present and future nursing schools.

Intense educational campaign to obtain sufficient high school graduates to follow nursing.

Higher salaries for the nurses to place them on professional basis and stimulate young women to follow that profession.

Adequate legislation to legalize the practice of nursing by auxiliary nurses.

Other professionals.— The division of hygiene of the School of Tropical Medicine has turned out a number of well-trained health officers, medical technicians and sanitarians. Facilities should be expanded to provide larger number to meet present and future needs.

More dentists are needed and plans should be studied to meet demands. The school of social work at the University of Puerto Rico must be expanded. An adequate school for practicantes must be established to meet needs.

b. **Medical facilities.** Adequate diagnostic facilities —including laboratory— and adequate treatment facilities must be made available. They must not be limited to urban areas but made accessible to the very heart of our mountains and far away rural areas.

Hospitals play a paramount role in a well balanced plan of medical care. There are 5495 general hospital beds in the island; 3300 government and 2195 privately owned. The plans of the department of health contemplate 3600 extra beds raising the total to 9095. We consider that this number should about suffice.

TABLE IV

AVAILABLE PRESENT HOSPITAL BEDS IN PUERTO RICO

	Hospitals available	*Beds*	
		Available	*Planned*
Insular govt.	18	4760	9600
General	6	1300	3600
Tuberculosis	5	1500	3500
Psychiatry	1	1200	1800
Ophthalmology	1	100	--
Transmissible	1	50	--
Leprosy	1	60	--
Venereal disease	3	550	700
Municipal govt.			
General	51	2000	--
Private	32	2755	
General	25	2195	
Tuberculosis	3	250	
Psychiatry	2	150	
Ophthalmology	1	60	
Crippled children	1	100	
Total	101	9515	9600
General	82	5495	3600
Special	19	4020	6000

Hospitals should be up to date and supplied with necessary equipment and adequately trained professional and non professional personnel.

Prevention of disease. Disease must be prevented in every way, people must be safeguarded from disease.

Preventive medicine includes medical services which may modify the course of disease.

In any program of medical care, prevention of disease must occupy front rank and go hand in hand with medical care.

a. **Adequate environment.** The community as a whole must be protected in its environment. Adequate living facilities must be available. Garbage disposal must be efficient and well controlled. Safe

public supplies of water, milk and foods must be provided. Sewage disposal and other sanitary measures must be carried according to modern standards.

II. Economic factors

a. **Raising of the standard of living.** The incidence of disease may be controlled within limitations by economic standards. Low living conditions predispose to disease.

Higher standards are necessary. They would develop as a result of economic stability: more employment, greater wage earning capacity, better distribution of land and capital, and industrialization.

"Illness generates poverty which in turn may produce illness". Poverty contributes to prevalence of high morbidity in the island; it is a cause of worry and mental disease. It leads to prostitution and crime.

Poverty, has brought an emigration of population to urban centres which has resulted in overcrowding in slums, with improper environmental conditions, providing greater opportunity for disease and disease transmission.

There is an extreme density of population estimated at 597.6 per square mile for 1945.

The diet of the majority of the inhabitants is inadequate as regards quantity, quality, and essential constituents necessary to promote normal bodily function and proper development of tissues.

III. Educational activities

This is an important factor in considering any balanced plan. Training for professionals and non professionals must be provided in sufficient numbers. Public health education must be intensified.

It is important to make people conscious of service they derive from government; to realize its advantages. Their confidence and cooperation must be obtained.

To quote Sigerist: "Health cannot be forced upon the people. It cannot be dispensed to the people. They must want it and must be prepared to do their share and to cooperate fully in whatever health program a country develops."

People must be taught values of health and disease prevention. They must learn to protect themselves from disease, to seek medical advise of higest type in case of illness. They must be taught how to live in an environment menaced by pathogenic bacteria and how to make the environment less dangerous so that they may lead a normal and happy existence.

It must be agreed that in Puerto Rico, where, 300,000 out of 350,000 families receive an average annual income of $341.00, medical care must be a responsibility of the insular government, to be financed from present income or from special taxation.

Quoting Sigerist again: "What can be done? Let us agree first on some general principles. I think we agree that all the people should have medical care, irrespective of race, creed, sex or economic status, and irrespective of whether they live in town or country. I think we also agree that all the people should have not just some medical care but the best care possible. The whole modern technology of medicine should be available to them, including the services of the general practitioner, the specialist, the nurse, the hospital and laboratory. We also agree that prevention is better and also cheaper than cure, and that preventive medical services should therefore be in the foreground of all activities. For 5,000 years people fell sick and once they were sick called upon

a doctor who endeavored to restore them to health. Today we already have knowledge and means that would permit us to reverse this old relation. The doctor in the future must see the people before they are seriously ill and must advise them how to maintain their health. More and more he will become an educator. The provision of medical services to the population has two aspects, one economical and one medical. Both must be considered and studied together because they are inseparable. Indeed the best economic plan defeats its own purpose if the money is used to finance a poor type of medical service, and on the other hand the best medical plan must collapse if it is not properly financed."

"The task of medicine is to promote health, to prevent disease, to treat the sick when prevention has broken down and to rehabilitate people after they have been cured. These are highly social functions and we must look at medicine as basically a social science. . ."

"The problem of financing such health services is secondary. Much more difficult economic problems have been solved. We have all the money we need when we are attacked by a ruthless enemy. Disease is also an enemy. Its attack may be less spectacular but is just as pernicious as any that occurs in actual warfare, and we certainly can find the comparatively small funds required to fight this war to a victorious end. The health and welfare of every individual is the concern of society, and human solidarity beyond the boundaries of nationality, race, and creed is a true criterion of civilization."

Mountin of the USPHS says, "Low income, lack of essential facilities and professional isolation contribute to the maldistribution of physicians. Arrangements should also be worked out whereby physicians in rural locations will have access to appropiate facilities —either hospitals or health centers. In addition, provision for periodic refresher courses should be an integral part of any scheme for improving and extending medical practice."

The American Public Health Association at its last meeting, promulgated the following objectives on medical care.

A national program for medical care should make available to the entire population all essential preventive, diagnostic and curative services.

Such a program should insure that the services provided be of the highest standdard, and that they be rendered under conditions satisfactory both to the public and to the professions.

Such a program should include the constant evaluation of practices and the extension of scientific knowledge.

Provision of adequate medical care in Puerto Rico is an issue of paramount importance to the government and to us as members of this community. As president of this organization, I urge you to join efforts with the commissioner of health and other government authorities in this crusade which will bring happiness and contentment to our people thru better health. Let us bear in mind that as members of our respective professions we are public servants under obligation of rendering adequate services in the protection of life.

Public health is at the crossroads in Puerto Rico. Will we take the straight path which leads to success and to a better and healthier Puerto Rico or will we follow the other road which deviates us from a well planned and efficient program?

The decision is our to make, time alone will tell the road we choose.

MOVIMIENTO CIENTIFICO MUNDIAL

SECCION DE EXTRACTOS

Nos complacemos en reanudar en esta edición nuestra Sección de Extractos, la cual consideramos de gran importancia para todo colega verdaderamente interesado en los adelantos de la profesión médica.

Para facilitar la publicación regular de esta Sección, la Junta Editora ha creído conveniente asignar la tarea de extractar la literatura reciente en las distintas especialidades, a un número limitado de compañeros, como podrá verse en la relación que copiamos más adelante; pero, desde luego, cualquier otro colega que desee colaborar en esta Sección, está en libertad de hacerlo, y acogeremos gustosamente la contribución que tenga a bien enviarnos.

La siguiente es una relación de los compañeros que han sido específicamente nombrados para extractar la literatura durante los próximos meses:

Medicina
- Dr. Ramón M. Suárez
- Dr. F. Hernández Morales
- Dr. Manuel de la Pila
- Dr. Ernesto C .Martínez

Cirugía
- Dr. Jorge del Toro
- Dr. J. Noya Benítez
- Dr. Mario J. Tomasini
- Dr. Luis A. Passalacqua

Radiología
- Dr. Pedro Ramos Casellas
- Dr. José Landrón
- Dr. G. Ruiz Cestero
- Dr. Manuel Guzmán Rodríguez

Tisiología
- Dr. J. Rodríguez Pastor
- Dr. Ramón T. Colón
- Dr. Juan Arruza
- Dr. David E. García

Oftalmología
- Dr. Ricardo F. Fernández
- Dr. Luis J. Fernández
- Dr. A. Navas
- Dr. Mariano C. Caballero
- Dr. J. L. Montalvo Guenard
- Dr. H. F. Carrasquillo

Otorrinolaringología
- Dr. C. E. Muñoz MacCormick
- Dr. Miguel A. Mariani
- Dr. José Picó
- Dr. J. H. Font

Patología
- Dr. Enrique Koppisch
- Dr. A. Martínez Alvarez
- Dr. I. Rivera Lugo
- Dr. Félix M. Reyes

Salud Pública
- Dr. Guillermo Arbona
- Dr. E. Martínez Rivera
- Dr. Rafael Timothée
- Dr. José N. Gándara

Obstetricia y Ginecología
- Dr. José S. Belaval
- Dr. Juan Mimoso
- Dr. Jorge García Bird
- Dr. M. Fernández Fuster

Urología
- Dr. Pablo G. Curbelo
- Dr. Julio E. Colón
- Dr. José Ferrer
- Dr. E. García Cabrera

Gastroenterología
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. A. Rodríguez Olleros
Dr. Basilio Dávila
Dr. J. R. Ramos Mimoso

Laboratorio
Dr. O. Costa Mandry
Dr. R. Ruiz Nazario
Dr. Francisco J. Mejías
Dr. Luis A. Salivia

Pediatría
Dr. R. Fernández Marchante
Dr. Antonio Ortiz
Dr. Roberto J. Aguayo
Dra. Idalia Ortiz

Nos place insertar a continuación la primera colaboración de esta naturaleza que hemos recibido:

CIRUGIA

(M. J. Tomasini)

El Problema del Polvo Talco en Cirugía, Seelig, M. G. y Verda, D. J., Journal of Mt. Sinai Hosp., N. Y., Vol. XII, No. 1, Mayo-junio, 1945

Los autores llaman la atención de los cirujanos hacia el problema del talco. Los cristales de talco (predominantemente silicato de magnesio) no son absorbidos por los tejidos, produciendo en cambio una reacción similar a la de silicosis observada en otros órganos (pulmones). En el peritoneo se forman nódulos, granulomas, adherencias. A tal extremo puede reaccionar el peritoneo que la cavidad llegue a obliterarse por completo—esto se ha observado en trabajos experimentales en animales.

El cuadro microscópico de los tumores es de nódulos formados por linfocitos, células epitelioides y células gigantes en un estroma fibroso—muy similar al de un tubérculo específico. Hasta puede haber cambios similares a una caseación central.

Se citan casos múltiples, algunos operados 7 veces por obstrucción debida a bandas y adherencias, debidas a su vez al efecto del talco.

El trabajo experimental se resume, sugiriéndose el bitartrato de potasa como substituto. Este tiene las dos cualidades esenciales:

1. Solubilidad potencial para no producir reacción de cuerpo extraño en el peritoneo.

2. Estabilidad al someterse a esterilización en autoclave.

Además estudios bacteriológicos demuestran que el bitartrato de potasa inhibe el crecimiento del S. aureus y E. coli. Su dosis tóxica es de 35 gms. y calculando la cantidad máxima que pudiera recibir el peritoneo al vaciarse el contenido de los 10 dedos de los guantes, (100 mgm. por dedo) en un gramo, tendríamos 1|30 de la dosis tóxica, lo que establece la seguridad en su uso.

Se ha probado el almidón de maiz; pero produce una pasta gelatinosa al someterse a esterilización en autoclave. Sin embargo, ya una casa manufacturera ha conseguido producir en un proceso especial un polvo de almidón de maiz que llena los requisitos apuntados y que en vista de su inocuidad, será, después de la guerra, el polvo ideal para uso en los guantes.

Se hace hincapié en que:

1. El talco no se desprende satisfactoriamente al lavarse los guantes en agua antes de la operación;

2. Al ponerse los guantes una cantidad moderada se esparce en el aire, que luego

se deposita gradualmente en todo lo expuesto (paciente, instrumentos, etc.);

3. El fondo de un dedo de guante puede contener 100 mgm. de talco, y en un porcentaje muy alto (hasta un 74.4% en la serie en que 35,763 pares de guantes fueron usados durante 20 meses) de las operaciones sufre rotura algún guante. Se ha establecido que un 22% de los guantes sufre perforaciones menores.

Nota del extractor: En el 1944 probamos el uso de bitartrato de potasa en el Hospital de Distrito de Fajardo, encontrando que su uso dista mucho de ideal, desde el punto de vista de la comodidad del cirujano. El polvo es áspero en demasía, produciendo malestar en la mano, que no permite al cirujano trabajar cómodamente. Muchas veces el polvo no ejercía el efecto deseado, aglutinándose las paredes de los guantes—aunque siempre era fácil la separación. Esto último pudo ser debido a la *clase de guante*, por lo que invitamos a los compañeros a probar dicho polvo.

OFTALMOLOGIA

(*R. Fernández*)

Choice of Operation for Primary Glaucoma combined with Cataract. Jack S. Guyton Archives of Ophthalmology 33:265 (April) 1945

An analysis is made of the case histories of 44 patients operated at the Wilmer Institute for both glaucoma and cataract uncomplicated by other ocular disease and in which follow up period was at least six months after operation.

In cases of noncongestive glaucoma uncontrolled by miotics an external filtering operation with subsequent extraction of cataract gave best results.

If the glaucoma is noncongestive but controlled with miotics or if it is chronic congestive a combined cataract extraction is suggested as the original procedure.

In acute congestive glaucoma a preliminary iridectomy followed by cataract extraction is advised except in cases where tension is not too high or lens greatly swollen when a combined extraction is indicated.

Resection of the Levator Palpebrae Muscle for Ptosis. Reynols N. Berke Archives of Ophthalmology 33:269 (April) 1945

A review of the history of the operation is made. A study of the anatomy of the muscle including its tendon, Müller's muscle and adjacent structures is included. Experimental resections of the muscle on cadavers following the Bowman-Wheeler and Blaskovic's technic are described.

Resection of the levator tendon including Müller's muscle is recommended as the operation of choice in all cases of ptosis where the muscle is not completely paralyzed.

The Blaskovic technique thru the skin is described as giving better exposure and facility to resect as much of the tendon as necessary with better anchorage for the sutures.

TUBERCULOSIS

(*R. T. Colón*)

Present Status of Chemotherapy in Tuberculosis from the Clinical Standpoint. (El Estado presente de la Quimioterapia en Tuberculosis), Karl H. Pfuetze, Diseases of the Chest, May-June, 1945

Con el advenimiento de las sulfas ha habido gran revuelo en el campo de la quimioterapia de la tuberculosis. Numerosos experimentos fueron hechos por la Fundación Mayo emulando sus colegas ingleses, quienes fueron los primeros en aplicar estas drogas en el tratamiento de la

tuberculosis. Los resultados con las sulfas fueron poco alentadores pero pronto se introdujeron los sulfones, los que parecen tener mejor porvenir en la tisiología.

El primero de estos sulfones en reconocérsele valor terapéutico en animales fué el Promin producido por los químicos investigadores de los laboratorios Park, Davis & Compañía. Después de prolongada experimentación animal se probó en seres humanos en Mineral Spring Sanatorium con la colaboración de los doctores Hinshaw y Feldman de la Clínica Mayo. Ellos llegaron a la conclusión que la droga afectaba favorablemente el curso de la enfermedad en aquellos pacientes que muestran lesiones exudativas recientes, pero a pesar de esto no se ha podido reportar una cura definitiva que acredite la droga como medicamento específico.

En el 1942 los Laboratorios Abbott produjeron el Diasone después de larga experimentación y también fracasó como agente terapéutico en Tuberculosis. El Diasone es menos tóxico que el Promin pero también su uso resulta en varias reacciones desagradables como la reducción de la hemoglobina, nerviosidad, anorexia, náuseas, vómitos y una erupción generalizada extensamente exfoliativa.

La tercera droga que dió resultados alentadores en la experimentación animal fué el Promizole producto de Park, Davis & Compañía. Es menos tóxica que el Promin y Diasone y puede administrarse en mayores dosis. Los resultados de la experimentación clínica demuestran que la droga no es lo que se esperaba después de los buenos resultados obtenidos en la experimentación animal.

Creemos que hay un nuevo campo de investigación con promesas para el futuro y llegará el día en que se descubra una droga u otro agente que tenga efectos específicos en el tratamiento de la tuberculosis. Puede ser en un año, en cinco o en diez, cuando el buen éxito recompense los esfuerzos de los muchos hombres ocupados en este problema, pero es indudable que el objeto que se persigue vale la pena de ser logrado.

Mechanical Paralysis of the Left Hemidiaphragm Complicating Collapse Therapy in Pulmonary Tuberculosis (Parálisis del Hemidiafragma complicando el neumotórax artificial) Oscar Feinsilver, Diseases of the Chest, March-April 1945

Se nos presenta el diafragma, para sorpresa de los tisiólogos, como un órgano de importancia digestiva mayor que respiratoria. Hace tiempo se han observado desórdenes gastrointestinales como consecuencia de una parálisis terapéutica del diafragma. Pacientes que han tenido por algún tiempo parálisis del hemidiafragma izquierdo han tenido náuseas e inapetencia con la subsiguiente mala nutrición y pérdida de peso.

En los humanos, después de una parálisis unilateral del diafragma se nota solamente una pequeña diferencia en la capacidad vital del individuo. Estudios de anatomía comparada, hechos por Lemon, nos llevan a la conclusión que una de las funciones importantes del diafragma es la de mantener una alta presión intraperitoneal y trasmitir esa presión a los órganos abdominales contribuyendo a la propulsión del contenido gastrointestinal.

Exámenes fluoroscópicos han demostrado que la presión trasmitida al fondo del estómago por el diafragma en su excursión es de importancia considerable porque la peristalsis gástrica no se inicia en el fondo sino en la incisura angularis que está más abajo. Por lo tanto una

función normal del diafragma es necesaria para posposición del contenido gástrico. La parálisis de este órgano especialmente del lado izquierdo, puede causar perturbaciones digestivas de importancia clínica y merece seria consideración.

Se ha demostrado que el neumotórax artificial puede reducir considerablemente el movimiento del diafragma y hasta producir inmovilización completa. Pacientes con neumotórax del lado izquierdo frecuentemente sufren de anorexia y pérdida de peso. En los sanatorios o mientras el paciente guarda cama, de tal manera que su necesidad calórica sea baja, no hay pérdida de peso de consideración; pero cuando el paciente está activo en su negocio o profesión o cuando llega el momento de su rehabilitación se acentúan estos desórdenes gástricos que a veces asumen proporciones alarmantes.

Ahora que está tomando auge en Puerto Rico la rehabilitación de los pacientes tuberculosos debemos tener en consideración estas enseñanzas. Si el paciente con neumotórax artificial del lado izquierdo empieza a mostrar síntomas gastrointestinales y pérdida de peso después de haber iniciado su rehabilitación sin que se note reactivación en las lesiones, debemos inmediatamente reducir su trabajo y disminuir el colapso pulmonar.

Closure of the Bronchus in Pulmonary Resection, John C. Jones, The American Review of Tuberculosis, Jan. 1945, Vol. LI, No. 1, pp. 55-61

The problem of the clousure of the bronchus is of paramount interest to surgeons in pulmonary resections carried out for the treatment of bronchogenic new growth, bronchiectasis, pulmonry suppuration and tuberculosis. The advancement of the technique of bronchial closure has increased the margin of safety of pneumonectomy and lobectomy.

Leakage at the suture line and sloughing of bronchial stump with resulting bronchial fistula and empyema constitute the major causes of serious complications, morbidity and fatality in pulmonary resection. Therefore, the surgeon must be meticulously careful in the closure of the amputation stump; the bronchial artery must be preserved; the least amount of peribronchial disection should be carried out proximal to the cut end, with minimum soiling of this area during and after amputation; the sutures should be placed and tied with the least amount of trauma to the stump and the suture line should be air-tight before closing it over with sorrounding areolar tissue and mediastinal pleura; and last the suture material must be nonabsorbable and of a type that creates the least tissue reaction in a potentially if not actually contaminated area.

It is thought that stainless steel creates the least amount of tissue reaction in a potentially infected area. This fine material used on an atraumatic needle makes a small hole at the site of entrance and exit in the bronchial wall, and the suture being place at the end of bronchus do not in any way impede the blood supply of the stump None of the sutures has sloughed into the bronchus and been coughed up by the patient.

SECCION DE LA BIBLIOTECA

Por considerar que ello pueda inducir a nuestros compañeros a dispensar a nuestra Biblioteca una atención más detenida, a partir de esta edición publicaremos en esta sección una relación de los artículos originales que aparezcan en las revistas médicas de mayor importancia que recibimos en la Biblioteca.

Dichas publicaciones están a la disposición de nuestros compañeros, y podrán consultarse bien directamente en la Bibloteca o en sus propias oficinas. Gustosamente prestaremos a nuestros colegas por un período que no excederá de 10 días, cualquier revista en la cual puedan estar interesados. Se agradecerá, sin embargo, la más pronta devolución de cualquier publicación que les sea prestada, para facilitar así el que el mayor número de colegas pueda beneficiarse de su lectura.

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Vol. 49 *June, 1945* *No. 6*

Estimation of the Work of Obstetric Labor and its Significance in Heart Disease.

The Comparative Action of Posterior Pituitary and Ergonovine in the Third and Fourth States of Labor.

Supravesical Extraperitoneal Cesarean Section (Water's Type)

Sulfonamide Therapy in Gonococcal Infection in Women.

Exercises in Dysmenorrhea.

Therapeutic Interruption of Pregnancy.

Pregnancy in a Rudimentary Horm of the Uterus.

Postoperative Vesico-uterine Fistula.

Carcinoma Following Pregnancy with Spontaneous Cure.

Pregnancy after Renal Biopsy in Hypertensive Disease.

A Demonstration Model for Uterotubal Insufflation.

Surgical Treatment of Absence of the Vagina.

AMERICAN JOURNAL OF OPHTHALMOLOGY

Volume 28 *June 1945* *Number 6*

Sympathetic Ophthalmia

Wernicke's disease

Angioid streaks in the retina

Diabetic Iridopathy

Onchocerciasis

Recurrence of tobacco-alcohol amblyopia

Visual disturbance following Digitalis

Early ocular symptoms of multiple sclerosis

On biastigmatism

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Vol. 22 *May, 1945* *No. 5*

Heart Disease in the Jungle of the South Pacific: Some Observations made among the Melanesians of the New Hebrides and Solomons Islands Area.

The Comparative Value of Several Liver Function Tests.

Clinical Use of New Types of Modified Protamine Zinc Insulin.

Abdominal Manifestations of Rheumatic Fever: Description of a Right Rectus Syndrome.

Anorexia Nervosa: The Diagnosis and Treatment of Inanition Resulting from Functional Disorders.

Electroconvulsive Shock Therapy and Cardiovascular Disease.

Present Status of Chemotherapy in Tuberculosis.

Bronchospirometry.

ARCHIVES OF PHYSICAL MEDICINE

Vol. XXVI *June 1945* *No. 6*

Observations on Muscle Spasm in Poliomyelitis. Electromyographic Studies on the Effect of Variuos Forms of Thermal Therapy and of Prostigmine.

Artificial Fever-Chemotherapy. IV. Prefever Preparation and Postfever Care.

Physical Medicine in the Rehabilitation of Patients with War Neuroses.

Functional Treatment of Fractures and Other Injuries.

Physical Medicine in Industry.

BOLETIN MEDICO DEL HOSPITAL INFANTIL (Mexico)

Vol. II *Junio 1945* *Núm. 2*

Influencia del Acido oxálico en la coagulación de la sangre.

Neoschoengastia Nuñezi N. SP.

Conservación de eritrocitos.

Cardiopatías congénitas.

Meningitis linfocítica aguda o coriomeningitis.

Un caso de Eritroblastosis Foetalis y probable Lues congénita.

Teratoma Pilonidal.

Tungasis o Sarcopsiliasis.

Nefrectomía por estallamiento del riñón izquierdo.

BULLETIN OF THE NEW YORK ACADEMY OF MEDICINE

May 1945

Some Psychiatric Aspects of Nervous System Injuries.

The Present Status of the Etiology of Primary Atypical Pneumonia.

Chemotherapy in Acute Upper Respiratory Infections.

CURRENT RESEARCHES IN ANESTHESIA AND ANALGESIA

Volume 24 *March-April 1945* *No. 2*

Nitrous Oxide in Army Hospitals.

Broader Aspects of Refrigeration Anesthesia.

Selected References for the History of Surgical Anesthesia.

The Significance of Blood Changes in the Treatment of the Burned Patient.

Anesthetic Mortality.

DISEASES OF THE CHEST

Volume XI *March-April 1945* *No. 2*

Primary Bronchiogenic Carcinoma.

Pitfalls in the Diagnosis of Atypical Pneumonia.

Mechanical Paralysis of the Left Hemidiaphragm Complicating Collapse Therapy in Pulmonary Tuberculosis.

Automatic Exposure Contril in Photofluorography.

Recondition of Military Personnel as Carried out in the Army.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA

Año XXXII *Abril 13. 1945* *Núm. 15*

Complicaciones renales del tratamiento con las sulfamidas.

Herida cortante de la muñeca con sección tendinosa y arterial. Restitución funcional.

Cáncer de la próstata. Técnica de la castración sub-albuginea.

Acción de la vitamina B2 sobre la úlcera péptica experimental cincofénica.

Otorrinolaringología. Aplicación postoperatoria sistemática de polvo vulnerario al prontosil.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

Año III *Febrero 1945* *Núm. 2*

Fístulas genitourinarias.

Breve historia de la Obstetricia en México.

Eritroblastosis fetal y factor Rh.

Sarcoma de vagina en una niña de dieciocho meses.

La castración en el embarazo.

MEDICAL CLINICS OF NORTH AMERICA

May 1945

Environmental Factors in the Etiology of Rheumatic Conditions.

Present Day Treatment of Non tuberculous Renal Infections.

Penicillin Versus Sulfonamide Therapy.

The Use of Electrocardiograms in Medicine.

The Differential Diagnosis of Peptic Ulcer.

Diverticulosis and Diverticulitis: A Clinical Study of the Complications.

Treatment of Cirrhosis of the Liver by Nutritional Means.

Lymphogranuloma Venereum.

Penicillin-Resistant Gonorrhea.

Acute Acquired Hemolytic Anemia.

The Fundamental Importance of Diet in the Treatment of Peptic Ulcer in an Army General Hospital.

Convalescent Care and Rehabilitation in the Army Forces.

Psychiatric Disorders in Combat Crews Overseas and in Returnees.

Psychosomatic Aspects of Rehabilitation.

Reconditioning of Transitorily Maladjusted Soldiers.

Reconditioning the Malaria Patient.

The Convalescent Care of Rheumatic Fever in the Army Air Forces.

Fatigue and Exhaustion States in the Army and in Industry.

Physical Medicine in Medical Rehabilitation.

Nutrition in Rehabilitation.

The Problem of Rehabilitation in Civilian Medicial Practice.

REVISTA ARGENTINA DE TUBERCULOSIS

Vol. X *Diciembre 1944* *Núm. 4*

Primeros resultados del lavado pulmonar en el diagnóstico bacteriológico de la tuberculosis.

Cinco años de exámenes roentgenoabreugráficos.

Nuevo aspecto de la alergia tuberculínica postvacunal en el recién nacido.

Iconografía anatomo-clínico-radiológica.

REVISTA CUBANA DE TUBERCULOSIS

Año VIII *Dic., 1944* *Núm. 4*

El complejo cavitario en la tuberculosis del pulmón.

Cánceres pulmonares simulando diversas neumopatías, su diagnóstico por punción transtorácica.

Tratamiento quirúrgico de la tuberculosis pulmonar.

La dietética en el tratamiento de la primo-infección tuberculosa.

Cuidados postoperatorios y complicaciones en la neumonectomías.

Imágenes pulmonares en la insuficiencia cardíaca, presentación de dos casos clínicos.

Técnica de las Lobectomís pulmonares.

REVISTA DE RADIOLOGIA Y FISIOTERAPIA

Vol. XII *Julio 1945* *Núm. 4*

El radiodiagnóstico de algunas de las

lesiones adyacentes al diafragma y que le causan complicaciones.

Enema en el intestino delgado.

Experiencias con el método fotorroentgenológico en exámenes del tórax.

El problema del paludismo incipiente y recurrente desde un nuevo punto de vista.

La impresión basilar y la posición de la apófisis odontoides.

Sobre ciertas aplicaciones de la teoría electrocardiográfica actual a la interpretación de electrocardiogramas que indican enfermedad miocardíaca.

La roentgenocardiografía como medio de examen médico de reclutas empleado por el ejército norteamericano.

REVISTA DE SANIDAD E HIGIENE PUBLICA

Año XIX *Marzo, 1945* *Núm. 3*

Estudio sobre algunos protozoos parásitos, en especial los del género "Plasmodium", en el hospedador vertebrado.

El concepto actual de anaerobiosis como base para la simplificación de los métodos de cultivo anaerobios.

El cáncer como enfermedad social.

Los estreptococos anaerobios en la infección puerperal.

Acerca del tratamiento de la fiebre de Malta.

REVISTA DE TUBERCULOSIS DEL URUGUAY

Tomo XII *1944* *Núm. 3*

La intervención del médico broncoscopista en el diagnóstico y tratamiento de las afeciones del tórax.

Formas de recidivas lejanas de la tuberculosis pulmonar.

Contribución al estudio de las colapsoterapias asociadas.

La lucha antituberculosa en la República del Paraguay.

STANFORD MEDICAL BULLETIN

Volume 3 *May, 1945* *No. 2*

Nephrectomy in Treatment of Hypertension.

Renal Degeneration Due to Protein Reabsorption by the Kidney.

Leontiasis Osea.

Significance of Penicillin in the Treatment of Gonorrhea and in Venereal Disease Control.

Hereditary Cleidocranial Dysostosis.

A Psychosomatic View of the Soma.

THE AMERICAN JOURNAL OF DIGESTIVE DISEASES

Volume 12 *June, 1945* *No. 6*

Some Biological Considerations of Gallstones.

Etiology of Peptic Ulcer.

Changes in the Volumes of Blood and Extra-Cellular Fluid in Bowel Obstruction of the Rabbit.

The Effect of Aluminum Hydroxide Upon Food Utilization in Human Subjects.

Some Effects of Magnesium Trisilicate Ingestion Upon Blood, Urine and Feces of Human Subjects.

Incidence of Gastritis in Gastric Ulcer.

Luetic Rectal Stricture.

Differential Diagnostic Problems in Diseases of the Mesenteric Glands.

THE AMERICAN REVIEW OF TUBERCULOSIS

Vol. LI *May, 1945* *No. 5*

Minimal Tuberculosis Lesions of the Lung. Their Clinical Significance.

Tuberculosis Mortality in Communities of Different Size.

Ventilatory Function. Experiences with a Simple Practice Procedure for its Evaluation in Patients with Pulmonary Tuberculosis.

Bronchography in Pulmonary Tuberculosis. IV. A Geographical Adventure.

Diasone Therapy of Pulmonary Tuberculosis. Its Clinical Efficacy and Toxicity.

Fatal Pemphigoid Reaction to Diasone.

Tuberculin Testing of Medical Students. The Reaction of Tuberculin of Second Year Medical Students at the College of Physicians and Surgeons, Columbia University.

THE JOURNAL OF ALLERGY

Vol. 16 *May, 1945* *No. 3*

Treatment of Ragweed Pollinosis with Antigen-Antibody Mixtures.

A Study of the Fungus Contaminants of the Air of San Diego and Vicinity.

Depletion in Asthma.

Vitamin C in Hay Fever: Therapy and Blood Levels.

Inhalant Sensitization and Shock in Guinea Pigs under Controlled Atmospheric Conditnos. The Possible Effects of Changing Meteorologic Circumstances; A four-Year Summary.

Propeptans in the Treatment of Ragweed Hay Fever.

THE JOURNAL OF PEDIATRICS

Vol. 26 *May, 1945* *No. 5*

Studies on the Growth and Development of Male Children Receiving Evaporated Milk. II. Physical Growth, Dentition and Intelligence of White and Negro Children Through the First Four Years as Influenced by Vitamin Supplements.

Results in the Treatment of Meningococcic Meningitis with Antitoxin and Sulfonamide Drugs.

Treatment of meningococcic Meningitis in Children with a single Intravenous Dose of Sodium Sulfadiazine.

Antigenic Relationships of Coliform and Related Bacteria Isolated from Infants in the Nurseries of Two Institutions.

Ten year's Experience with BCG. (Experimental and Clinical.)

Chemotherapy of Staphylococcus Aureus Infection of the Lung and Pleura in Infancy.

Inguinal Ectopia of the Ovary.

Exstrophy of the Bladder.

Hand-Schuller-Christian Disease.

THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION

Volume 128 *May 1945* *No. 4*

Female Infertility.

Thiouracil for Angina Pectoris.

Spinal Anesthesia.

Spinal Anesthesia by Ureteral Catheter.

Internships and Residency Type Training in Naval Hospitals.

Boric Acid Ointment Intoxication.

Penicillin for Neurosyphilis.

Low Aglutinin Titer of Pools of Plasma.

THE JOURNAL OF THE INTERNATIONAL COLLEGE OF SURGEONS

Vol. VII *January-February, 1945* *No. 1*

Floss Silk Lattice Repair for Direct Inguinal Hernia.

Prosthesis in the U.S.S.R.

The Preoperative and Postoperative Treatment of Cancer of the Rectum and Pelvic Colon.

Plastic Operations on the Kidney.

Vaginal Hysterectomy: Indications and advantages.

The Unstable Spine: Discogenetic Syndrome Treatment with Self-Locking Prop Bone Graft.

Clinical and Roentgenologic Diagnosis of Diaphragmatic Hernia.

Cesárea Extraperitoneal en Distocias Provocadas por las partes blandas de la Pelvis en mujeres infectadas.

THE PUERTO RICO JOURNAL OF PUBLIC HEALTH AND TROPICAL MEDICINE

Vol. 20 *Marzo, 1945* *Núm. 3*

Trichomonas vaginalis.

El tratamiento de la esquistosomiasis.

Efectos del cloro sobre la motilidad e infectividad de las cercarias mansónicas.

Triquinosis.

Diferencias antigénicas entre la larva y el adulto de la Trichinella spiralis.

UNITED STATES NAVAL MEDICAL BULLETIN

Vol. 44 *June, 1945* *No. 6*

Early Care of Amputation Patients.

Definite Surgical Management of Amputations.

Manufacture and Fitting of Artificial Limbs.

Plastic Surgery of Amputation Stumps.

Revision of Thigh Amputation.

Revision of Below-Knee Ampuation Stumps.

Painful Stumps and Their Treatment.

Rehabilitation of the Amputee.

Compression Dressing of Amputation Stumps.

Transportation of Patients by Naval Air Transport Service.

Intertrochanteric Fractures of the Fermur; Early Care on a Hospital Ship.

Atmospheric Blas Concussion; Medical Aspects.

Wounds of Eye, Ear, Nose and Throat.

Thoracic Casualties from the Marianas.

Care of the Burn Casualty.

Pneumonia in the U. S. Navy—1882-1942; Part II.—As Cause of Incapacitation and Mortality.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Avenida Manuel Fernández Juncos,
Parada 19, Santurce, P. R.

AÑO XXXVII JULIO, 1945 NÚM. 7

EDITOR Y ADMINISTRADOR:

DR. E. MARTINEZ RIVERA

EDITORES ASOCIADOS:

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. A. M. MARCHAND
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

NOTAS NECROLOGICAS

DR. MIGUEL ROSES ARTAU

Víctima de una afección cardíaca, y después de un largo período de enfermedad, que le obligó a permanecer recluído en cama durante varios meses, sucumbió en la mañana del 17 del mes en curso, en su residencia en esta capital, el distinguido compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Nació el Dr. Roses Artau en Palma de Mallorca, España, el día 9 de agosto de 1874, siendo sus padres el Sr. Miguel Roses, de Sollei, Islas Baleares, y la señora Elvira Artau, de Gerona, España. En el año 1890 obtuvo su grado de Bachiller en Artes, y en el 1904 alcanzó su título de Doctor en Medicina en el Colegio Médico de la Universidad de Maryland. En 1912, después de varios años de práctica en nuestra isla, volvió a España, donde obtuvo un diploma del Instituto Farmacéutico de Barcelona y otro de la Academia de Ciencias Médicas de Cataluña. En 1926 pasó a formar parte de la Junta Insular de Sanidad, y al año siguiente fué admitido como miembro del Colegio Americano de Cirujanos.

Durante sus primeros años de práctica en nuestra isla, el Dr. Roses Artau tuvo la oportunidad de colaborar con el Dr. Ashford en los experimentos relacionados con la uncinariasis.

Especializado en radiología, siempre mostró gran interés en todas las ramas de la medicina, siendo un asiduo concurrente a todas las reuniones de carácter médico, en muchas de las cuales tuvo la oportunidad de desarrollar temas relacionados con la especialidad. A la fecha de su muerte ocupaba el cargo de médico radiólogo del Hospital de Distrito de Arecibo, cargo que sin duda alguna aceptó más que por la retribución económica que del mismo percibía, por su gran interés en el desarrollo de su especialidad, así como por su vehemente deseo de servir una vez más a los habitantes de la ciudad de Arecibo, a la cual rindió tan valiosos servicios durante sus años mozos. También ocupaba el Dr. Roses Artau el cargo de médico visitante de la Cárcel de Distrito de San Juan, puesto que venía desempeñando desde hacía varios años.

El Dr. Roses Artau gozó siempre de gran estimación, no sólo entre sus compañeros de profesión, sino igualmente en la comunidad en general, ya que a sus dotes de médico hábil y radiólogo experto, unía las de un ciudadano ejemplar, atento siempre al mejoramiento de la comunidad en que vivía

Sobreviven al querido amigo fenecido su hijos, el joven Miguel Roses Denton, residente en esta ciudad ciudad capital, y la dama Elvira Roses de Matienzo, quien reside en la ciudad de Arecibo, y a quienes deseamos reiterar por medio de esta

nota nuestra más sentida expresión de condolocencia.

DRA. CHARIS GOULD-GULLEDGE

Fresca aún en nuestra mente la impresión que nos causara el fallecimiento del amigo Roses Artau, nos llegó la infausta noticia de la muerte de otro miembro de nuestra profesión, la Dra. Charis Gould-Gulledge, ocurrida en la noche del 20 de los cursantes en el Hospital Presbiteriano como consecuencia de un cáncer abdominal, y el cual había venido combatiendo con sigular estoicismo durante los últimos años.

Nació la Dra. Gould en la provincia de Silao, Guanajato, en la República de México, el día 10 de noviembre de 1904, siendo sus padres el Rvdo. Emmet Wells Gould y la señora Francis Wells Gould; cursó sus estudios secundarios en Middleburg, Vt., y en el mes de junio de 1929 obtuvo su grado de Doctor en Medicina en la Universidad de Syracuse. Hizo su internado en el Montefiore Hospital de la ciudad de Nueva York y luego trabajó durante seis meses en la ciudad de Newark en New Jersey, de donde vino a nuestra isla a mediados de julio de 1931, entrando a formar parte de la facultad médica del Ryder Memorial Hospital en Humacao. Durante el año 1935 cursó estudios avanzados en obstetricia y ginecología en la Escuela Graduada de Medicina de la Universidad de Pennsylvania. En la fecha de su fallecimiento estaba a cargo del Departamento de Obstetricia y Ginecología del Hospital Presbiteriano de esta capital.

La doctora Gould, fué siempre una consecuente colaboradora de nuestra Asociación, a la cual ingresó al poco tiempo de estar en nuestra isla, y solamente en las pocas ocasiones en que estuvo fuera del país pudimos echar de menos en nuestras reuniones la figura gentil, radiante de juventud y de alegría de esta entusiasta compañera. ¡Muy lejos estábamos de suponer cuantos le vimos entrar, sonriente y animada, a una de nuestras recientes actividades médicas, que el destino le tuviera reservado tan fatal y pronto desenlace.

En el ejercicio de su noble apostolado, la doctora Gould supo ganarse no sólo el aprecio y estimación de todos sus compañeros de profesión, sino que también el acendrado cariño y eterno agradecimiento de miles de mujeres y familias de nuestra comunidad, a quienes dispensó sus atenciones, no sólo con el esmero y la consideración que exigen los postulados de la profesión médica a sus miembros, sino también con la abnegación y desprendimiento que le aconsejaban sus fervientes creencias religiosas.

Durante los 14 años que convivió con nosotros, la doctora Gould rindió valiosísimos servicios a nuestro pueblo, y puso muy en alto el espíritu de sacrificio y generosidad que hacen de nuestra profesión un noble apostolado.

Sobreviven a tan distinguida compañera, su querido padre, el Rvdo. Emmett W. Gould, de Troy, N. Y., su esposo el Sr. Mallory Gulledge, de Miami, Fla., y su pequeña hija adoptiva, la niña Sylvia Gould, a quien, en otro de sus rasgos de generosidad y de piedad hacia el dolor humano, dió albergue en momentos de verdadera crisis para la infeliz criatura.

A todos reiteramos la expresión de nuestra más sentida condolencia.

DR. RAMON LUIS RODRIGUEZ

Con la muerte del Dr. Ramón Luis Rodríguez. acaecida en Bayamón el día 6 de los cursantes, aumenta a tres el número de bajas registradas en la clase médica puertorriqueña en el corto período de un mes.

El Dr. Rodríguez nació en el año 1888,

y obtuvo su grado de Doctor en Medicina el 1ro de junio de 1908 en la Universidad de Maryland, habiendo sido admitido a ejercer en nuestra isla el día 10 de noviembre de 1908. El Dr. Rodríguez ejerció su profesión en los pueblos de Guánica, San Germán, Dorado y Bayamón.

El 11 de marzo de 1932 el Dr. Rodríguez hizo su ingreso en nuestra Asociación, pero por razones que desconocemos, dejó de pertenecer a ésta dos años más tarde.

Reciban los familiares del Dr. Rodríguez nuestra sentida expresión de condolencia.

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del mes

Durante el mes en curso se han celebrado las siguientes reuniones de carácter médico:

Julio 2—Reunión de la Junta Editora del Boletín.

Julio 4—Reunión de la directiva conjuntamente con varios de los ex-presidentes de la Asociación Médica.

Julio 15—Asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Humacao.

Julio 20—Tertulia informal y exhibición de películas en el Club Médico.

Julio 22—Reunión de la Asociación General Antituberculosa de Puerto Rico.

Julio 27—Tertulia informal y exhibición de películas en el Club Médico.

Julio 30—Reunión de la Junta de Directores de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

Julio 31—Reunión de la Directiva del Puerto Rico Hospital Council.

ASOCIACIONES DE DISTRITO

Humacao

Tal como anunciáramos en nuestra pasada edición, el domingo 15 del mes en curso se celebró en el domicilio del Club Rotario de la ciudad de Humacao, la asamblea anual de la Asociación Médica de dicho distrito, bajo la presidencia del Dr. Mario J. Tomasini.

A las 11:15 de la mañana y con una nutrida concurrencia dió comienzo el programa científico, que incluyó las siguientes contribuciones:

Sub-phrenic Abscess, Dr. Salvador Busquets, Jr.

Amputación interilio-abdominal, Dr. A. Oliveras Guerra.

Rh Factor, Lt. Commander H. I. Brown, M.C., USN.

Una vez terminado el programa científico se procedió a la elección de los compañeros que habrán de integrar la nueva directiva, resultando electos los siguientes:

Presidente—Dr. Héctor M. González
Vice-Pres.—Dr. Salvador S. Busquets, Jr.
Secretario—Dra. Carmen Troche de Mejía
Tesorero—Dr. César Domínguez

Delegados
Dr. F. Ruíz de Porras
Dr. R. Mejía Ruíz

Suplentes
Dr. Víctor Rincón
Dr. J. A. Franceschi Juliá

A las dos de la tarde se sirvió a todos los concurrentes un delicioso almuerzo, como cortesía de los colegas que integran el distrito de Humacao, y el cambio de im-

presiones se prolongó hasta cerca de las cinco de la tarde.

San Juan

Por inconvenientes surgidos en la organización de los distintos actos que habrían de celebrarse durante la asamblea anual del distrito de San Juan, previamente señalada para tener lugar el domingo 12 de agosto, los miembros de la Junta de Directores, han creído oportuno posponer la misma para el mes de septiembre.

Oportunamente dejaremos saber a nuestros consecuentes lectores la fecha exacta en que habrá de celebrarse esta asamblea de distrito.

Mayagüez

Está en turno ahora la asamblea de la Asociación Médica del Distrito de Mayagüez, que habrá de celebrarse en la "Sultana del Oeste" el domingo 26 de agosto, según noticias que nos ha enviado el presidente del distrito, Dr. Nelson Perea.

El programa de las actividades a celebrarse durante dicho acto, será enviado oportunamente a todos los miembros de la Asociación.

Nos complacemos en extender una muy cordial invitación a todos los miembros de la clase médica puertorriqueña para que asistan a esta asamblea, que promete resultar en extremo interesante. ¡Todos a Mayagüez, el domingo 26 de agosto!

Conferencias de Divulgación

Continúa trasmitiéndose con toda regularidad el programa de conferencias de divulgación médica que auspicia el Comité de Relaciones Públicas de nuestra Asociación, y el cual es radiodifundido todos los sábados de 5:45 a 6:00 de la tarde a través de la estación WKAQ.

Durante el mes en curso se han trasmitido las siguientes conferencias:

7 de julio—El embarazo, Dr. Rafael A. Vilar.

14 de julio—Algunas consideraciones sobre los conceptos filosóficos relacionados con la atención del niño, Dr. L. A. Balasquide.

21 de julio—Los primeros síntomas de cáncer de la mama, Dr. A. Oliveras Guerra.

28 de julio—El romance de la endocrinología, Dr. Pedro Orpi, Jr.

Actividades del Club Médico

A mediados del mes en curso, y como uno de los medios de atraer la cooperación de nuestros asociados para el Club de la Asociación, se inició la celebración de tertulias informales de fin de semana, las cuales son acompañadas con la exhibición de películas.

La primera de estas tertulias tuvo lugar en la noche del viernes 20 del cursante mes, habiéndose exhibido las siguientes proyecciones cinematográficas:

Radical Operation for Carcinoma of Prostate
Surgery of the Common Bile Duct
Breast Plastic

En la reunión del viernes 27 de julio se exhibieron las siguientes películas:

Correction of Nasal Deformities
Cleft Palate

Aunque la concurrencia a estas reuniones tertulias no fué lo numerosa que habíamos anticipado es de esperarse que ésta vaya aumentando a medida que los colegas vayan acostumbrándose a estas actividades de carácter social, que tienden a estrechar los lazos de amistad que unen a los miembros de nuestro profesión.

PERSONALES

Dra. Edith Z. Rodríguez

Pasa por la pena de haber perdido a su querida abuela, nuestra compañera, la Dra. Edith Z. Rodríguez, de esta capital. Testimoniamos a la estimada amiga nuestra sentida condolencia por la pena que le aflige.

Dr. Manuel Pujadas Díaz

El día 9 de los cursantes falleció en el pueblo de Cabo Rojo la señora madre de nuestro dilecto amigo, el Dr. Manuel Pujadas Díaz.

Sean estas líneas portadoras de nuestra sentida condolencia para el amigo Pujadas Díaz y demás familiares de la distinguida dama fenecida.

Dr. Ramón Lavandero

Recientemente falleció en el pueblo de Bayamón una hermana del amigo cuyo nombre encabeza estas líneas.

Reiteramos al amigo Lavandero nuestra sincera expresión de condolencia.

Dr. Elí S. Rojas

El día 31 del mes en curso falleció el querido padre del estimado amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota

Reciba el amigo Rojas el testimonio de nuestra más sentida condolencia.

Dr. Guillermo M. Carrera

A principios del mes en curso embarcó hacia los Estados Unidos el estimado compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

El Dr. Carrera ingresará en la Facultad de la Escuela de Medicina de la Universidad de Tulane, en Nueva Orleans, La., como Instructor de Anatomía Patológica.

Aunque lamentamos muy de veras el vernos privados de la valiosa cooperación que siempre nos ha brindado el Dr. Carrera, nos regocija íntimamente el que haya sido objeto de tan marcada deferencia, por lo que al extenderle nuestra cordial felicitación hacemos votos sinceros por el mayor éxito en sus nuevas obligaciones.

El Dr. Carrera, aunque alejado de nuestra isla por un período indefinido ha expresado sus deseos de continuar como miembro activo de nuestra Asociación, lo cual es una prueba concluyente de su marcado cariño por nuestra agrupación.

Dr. Blás C. Herrero

El día 7 de los cursantes embarcó hacia los Estados Unidos el estimado colega cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas.

El Dr. Herrero se propone ejercer su profesión durante algún tiempo en el Estado de Florida, y, al igual que el Dr. Carrera, durante su permanencia en el continente, continuará afiliado a nuestra Asociación.

Mucho éxito en sus nuevas obligaciones deseamos al amigo Herrero.

Dr. Rafael A. Blanes

Después de un viaje de placer por los Estados Unidos y Canadá, se encuentra nuevamente entre nosotros, el estimado amigo cuyo nombre encabeza estas líneas.

Reiteramos nuestro cordial saludo de bienvenida al querido compañero.

Dr. William Reichard

Después de una prolongada ausencia

de tres años, durante la cual cursó estudios avanzados en otorrinolaringología en la Universidad de Pennsylvania, ha regresado recientemente a nuestra isla el estimado colega Dr. William Reichard, quien anteriormente ejerció su profesión en la ciudad de Aguadilla.

El Dr. Reichard se propone ejercer su especialidad en nuestra ciudad capital.

Reiteramos al amigo Reichard nuestro cordial saludo.

Directorio Médico

En nuestra próxima edición publicaremos el Directorio Médico de Puerto Rico.

Agradeceremos a aquellos compañeros que cambien de residencia en los próximos días, o que piensen mudar su oficina en un futuro cercano, nos lo dejen saber, de manera que podamos anotar los cambios correspondientes.

MEJORAS AL DOMICILIO DE NUESTRA ASOCIACION

Próximamente se habrá de dar comienzo al resto de las mejoras al domicilio de la Asociación, y a manera de respaldo absoluto a la excelente labor que en este respecto ha venido haciendo nuestro entusiasta y emprendedor presidente, nos complacemos en extractar de su Carta Mensual correspondiente a julio, el siguiente llamamiento que ha dirigido a los compañeros que aún no han respondido a sus reiteradas súplicas.

Dice así su exhortación:

"Listo ya los planos para dar comienzo a la nueva ampliación del domicilio de nuestra Asociación la próxima semana, es razonable que renovemos nuestras súplicas a los compañeros que aún no han enviado su contribución para estas mejoras, y a aquellos que únicamente nos han remitido parte de la cuota.

Al revisar la lista de los colegas que aún no han respondido a nuestras reiteradas súplicas de ayuda, nos sorprende encontrar los nombres de connotados líderes de nuestra profesión, de compañeros que considerábamos serían los primeros en responder a nuestro llamamiento; en cambio, observamos jubilosos, cómo muchos de aquellos que carecen de ingresos cuantiosos, y otros que empiezan a dar sus primeros pasos en la profesión, no han vacilado en hacer un esfuerzo para aportar su cuota, enviándonos abonos parciales cuando su situación no les ha permitido hacer un desembolso total.

Nos abstenemos de creer que los compañeros que aún no han respondido a nuestra súplica lo hayan hecho por falta de interés en la Asociación o porque haya decaído su entusiasmo de antaño, y sí nos inclinamos a pensar que si aún no lo han hecho ha sido porque sus ocupaciones no le han permitido leer nuestras cartas en su totalidad, y por ello no vacilamos en iniciar esta Carta Mensual con este nuevo llamamiento y exhortación para que se unan de manera efectiva a nuestra campaña.

En el transcurso del mes de julio hemos tenido el placer de recibir las siguientes aportaciones:

Dr. Enrique Lassisse, de Sabana Grande, $50.00 (cubrió su cuota; Dr. Rafael Rivera, de Caguas, $25.00 (cubrió su cuota); Dr. Gregorio Igartúa, de Aguadilla, $30.00 (2do abono a su cuota); Dr. José A. Peña, de Cayey, $100.00; Dr. Arsenio Comas, de Santurce, $20.00 (primer abono); Dr. José S. Plá, de Santurce, $100.00; Dr. Antonio Marchany, de Utuado, $25.00 (tercer abono); Dr. Alexander T. Cooper, de San Juan, $100.00; Dr. Jesús M. Quiñones, de Santurce, $50.00 (cubrió su cuota); Dr. M. Rodríguez Ema. de Santurce, $100.00; Dr. Agustín Mújica, de San Juan, $75.00 (cubrió su cuota); Dr. Miguel Veve, de Yabucoa, $25.00 (segundo abono); Dr. Pedro S. Malaret, de Río Piedras, $50.00 (cubrió su cuota); Dr. Francisco Berio, de Santurce, $20.00 (cubrió su cuota).

¡Un momento, por favor . . . no siga leyendo . . . haga un paréntesis y extienda su cheque . . .

¿Ya lo hizo? Pues, gracias; me hace sentir mucho mejor. ¡Adelante!"

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

Para que nuestros compañeros tengan una idea precisa de la importancia que ha adquirido el plan del Auxilio Médico Mutuo, en los tres años de existencia, vamos a publicar a continuación varios datos de interés:

Número actual de miembros acogidos al plan ---------- 427

Certificados pagados hasta la fecha

1943	
Dr. R. López Nussa ----------	$1,000.00
1944	
Dr. Antonio Villeneuve ------	1,000.00
Dr. José E. Igartúa ---------	1,000.00
Dr. Francisco Seín ----------	1,009.31
Dr. Jaime Vilá Morales -------	1,009.31
Dr. José B. Gotay ----------	1,009.31
Dr. Mariano Riera López ----	1,009.31
1945	
Dr. José M. Santiago --------	1.009.31
Dr. Jaime Rivas Soto --------	1,009.31
Dr. Miguel Roses Artau ------	1,009.31
Total pagado ---------	$10,065.17
Pendiente de liquidación el certificado de la Dra. Charis Gould-Gulledge ----------	1,009.31
Balance en Caja-Julio 31, 1945	$4,428.83
Invertido en bonos de guerra	8,880.00
	$13,308.83
Menos póliza por pagar	1,009.31
Balance Neto ------	$12,299.52

Estos datos darán a los compañeros acogidos al plan una idea de la conveniencia de la pequeña inversión hecha por cada uno de ellos, y sin duda alguna les alentará aún más para unirse al grupo de colegas que cooperan activamente a aumentar dicho fondo mediante el uso constante del papel de certificaciones, y el envío regular a nuestra tesorería de los ingresos obtenidos por dicho concepto.

Como de costumbre, publicamos la continuación la relación de los compañeros que han aportado su ayuda al auxilio mediante el uso del papel para certificaciones. El número que aparece al lado de cada nombre corresponde a las remesas de $10.00 cada una; hechas hasta la fecha. Cordialmente invitamos a los demás compañeros a imitar el saludable ejemplo de estos colegas:

Dr. José Menéndez
Dr. F. Sánchez Castaño
Dr. Manuel G. Guerra (4)
Dr. Amalio Roldán (5)
Dr. R. Rivera Aulet (2)
Dr. Ricardo F. Fernández (2)
Dr. Leoncio T. Davis (4)
Dr. Fernando Asencio
Dr. Rafael Rivera (3)
Dr. Ramón C. Umpierre (3)
Dr. Miguel Alonso (2)
Dr. Juan Veve
Dr. A. Rodríguez Olleros (2)
Dr. Ezequiel Prieto
Dr. Julio R. Rolenson
Dr. R. Muñoz Vázquez
Dr. A. Otero López (3)
Dr. Héctor A. Bladuell (12)
Dr. Narciso Moreno
Dr. Luis J. Fernández
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. José F. González
Dr. Francisco J. Casalduc (3)

Dr. J. R. Bierley
Dr. Rafael A. Vilar (3)
Dr. Edgardo Quiñones
Dr. M. García de Quevedo
Dr. Luis F. Santos Tió (4)
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Francisco Seín
Dr. Carlos Domínguez
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. A. Fernández Valdés
Dr. F. Berio (2)
Dr. J. Ramos Lebrón
Dr. Edith Z. Rodríguez (2)
Dr. Luis. L. Biamón
Dr. I. González Martínez
Dr. Frederick Ellis
Dr. José S. Belaval
Dr. L. A. Balasquide
Dr. Arquelio Ramírez
Dr. Luis R. Moczó
Dr. Honorato Estella (2)
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Manuel de la Pila
Dr. Ramón Maldonado
Dr. Elías C. Segarra
Dr. Eduardo D. Maldonado
Dr. J. Forastieri (3)
Dr. Jacinto Zaratt
Dr. Julio A. Santos
Dr. Jorge del Toro
Dr. Max D. Sánchez
Dr. J. Rodríguez Olmo
Dra. Ana Janer
Dr. J. E. Luigi



¿ES UNA "PROPORCION APROXIMADA" SUFICIENTE?

● No es suficiente que un alimento infantil recomendado como substituto para la leche materna, "se aproxime a las proporciones" de elementos nutritivos. Existe una diferencia considerable entre la leche materna y el substituto que se emplea para ella por regla general—la leche de vaca.

Después de llevar a cabo extensos estudios y experimentos, McLean & Fales comprobaron que: "*Para llenar las necesidades nutritivas de los bebés, es necesario suministrar una cantidad mayor de la proteína de la leche de vaca, que de la proteína de la leche materna.*"

La leche materna suministra un promedio de 1.5% de proteína. Un alimento infantil que simplemente "se aproxima" a este nivel, no "satisface las necesidades nutritivas". Para asegurar un crecimiento normal, DRYCO suministra 4% de la proteína de la leche de vaca en una forma que debido al método DRYCO de elaboración, es fácil de digerirse.



Sobre la grasa en la leche de vaca, McLean & Fales han escrito: "*Parece probable que una cantidad de grasa de la leche de vaca, igual a la grasa de la leche materna, no es necesaria para la nutrición adecuada de un bebé alimentado artificialmente.*"

La leche materna proporciona un promedio de 3.3% de grasa. Por lo tanto, un alimento infantil que simplemente "se aproxima" a este nivel, no proporciona "la nutrición adecuada". DRYCO suministra un bajo nivel de grasa, 1.5%, y para asegurar la utilización completa, proporciona este bajo contenido de grasa en forma fácil de digerirse.

Los 25 años durante los cuales DRYCO ha sido recetada por profesionales, comprueba que no basta con "aproximarse a las proporciones"—un alimento infantil *tiene que dar el mismo resultado* que la leche materna cuyo lugar ha tomado.

DRYCO

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL

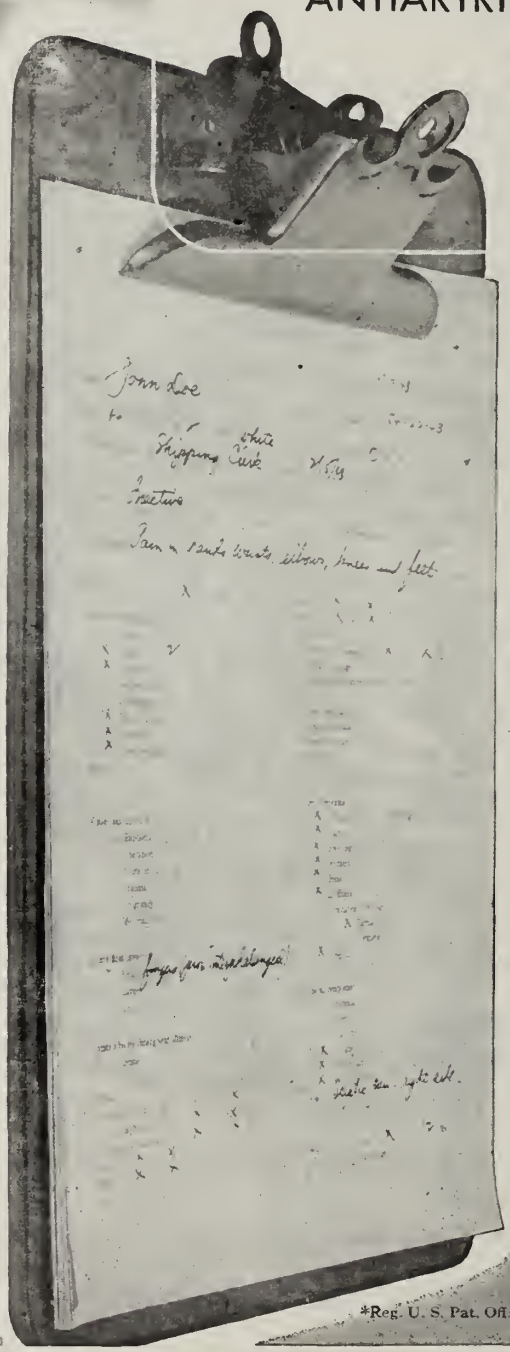
Distribuiores para Puerto Rico:

PLAZA PROVISION COMPANY, Allen 15, San Juan, P. R.

Los Resultados Clínicos

HAN ESTABLECIDO EL EFECTO ANTIARTRITICO Y SEGURO DE

ERTRON



Siendo imposible producir la artritis crónica en animales de experimentación en forma comparable al hombre, el valor de un agente antiartrítico sólo puede determinarse estudiando los resultados clínicos obtenidos con pacientes artríticos.

El valor terapéutico de Ertron en el tratamiento de las artritis crónicas, se ha determinado mediante investigaciones clínicas, minuciosamente controladas, en grandes hospitales, clínicas universitarias y en la práctica particular.

*Reg. U. S. Pat. Off.

Todos los informes publicados sobre estas investigaciones hacen hincapié en la eficacia y seguridad de Ertron en el tratamiento de la artritis. Los informes atañen sólo a Ertron—el producto empleado en los estudios clínicos.

ERTRONICE AL ARTRITICO

Ertronizar significa: Emplear Ertron a dosis diarias adecuadas, durante un período de tiempo suficientemente largo para obtener los resultados óptimos. Aumentar las dosis hasta llegar a las recomendadas, o hasta alcanzar el nivel de tolerancia. Mantener estas dosis hasta obtener la mejoría máxima.

Ertron sólo—y ningún otro producto—contiene ergosterol vaporizado por energía eléctrica—Método de Whittier.

Presentación: Frascos de 50 y 100 cápsulas.

Distribuidores Exclusivos en Puerto Rico:

Pelegrina & Llorens, San Juan



ERTRON PARENTERAL

A los médicos que deseen suplementar la administración rutinaria oral de Ertron con inyecciones parentéricas, les ofrecemos Ertron Parenteral en cajas de 6 ampollas de 1 cc. Cada ampolla contiene 500,000 u.i. de ergosterol vaporizado, activado por el método de Whittier.



NUTRITION RESEARCH LABORATORIES · CHICAGO



Alexandre Donné, discoverer of the organism — Trichomonas vaginalis, 1836.

Effective Vaginitis Therapy
WITH
VIOFORM INSERTS



Vioform, well-established as a trichomonacide, is now also available as VIOFORM INSERTS*, containing Vioform, boric acid and lactic acid.

VIOFORM INSERTS used in office routine—and for supplementary home treatment—hasten the prompt eradication of the parasites of trichomonas vaginitis, as well as the disappearance of the discharge. They aid in restoring normal acidity, meanwhile acting as an effective deodorant.

Vioform Inserts Issued in packages of 15

*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off. Word "Viaform" identifies the product as iodochlorhydroxyquinoline of Ciba's manufacture. Each "Insert" contains 250 mg. Viaform, 25 mg. lactic acid and 100 mg. boric acid.

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC. • SUMMIT, NEW JERSEY
IN CANADA, CIBA COMPANY LIMITED, MONTREAL

ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, INC.
Salvador Brau 70 - San Juan 17, P. R.

THESODATE (Brewer)

Definition: Thesodate (Brewer) is the original ENTERIC COATED tablet of Theobromine Sodium Acetate.

Indications: Thesodate (Brewer) is indicated in the treatment of coronary artery disease, edema, and hypertension.

Distribution: Thesodate (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
*Thesodate, 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

Dose: One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION:

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G., Arch. Int. Med., Vol. 60, page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F., J. A. M. A., Vol. 109, page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E., Am. H. Jour., Vol. 19, page 639, Number 6, June, 1940.

* Thesodate, 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, INC. **Worcester, Mass., U.S.A.**

Pharmaceutical Chemists Since 1852

HERISAN

(MARCA REGISTRADA)

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" Y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA:	50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo---	10 gramos
	Acido Bórico		2 gramos
	Oxido de Zinc		15 gramos
	Talco		15 gramos
	Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

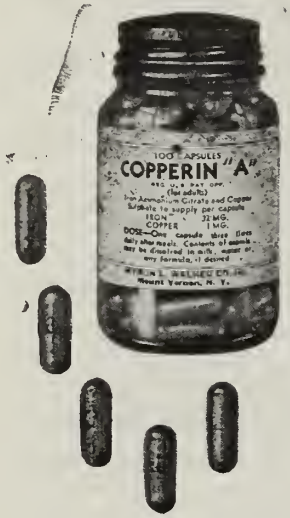
Para aplicación local en: HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, etc.

Preparado por

ANDROMACHUS CORPORATION

22 East 49th Street. New York 1s-17, N. Y.

Distribuidor: **E. VELEZ POSADA,** Plaza de Colón, San Juan.



Blood Enrichment in Iron-Deficiency Anemia with

COPPERIN

The blood in iron-deficiency anemia is markedly benefited by Copperin administration: hemoglobin percentages quickly rise; red blood cells increase in quantity and improve in quality.

Due to the action of the catalyst, copper sulphate, the amount of iron ammonium citrate per capsule is reduced to only 32 milligrams. But as ALL the iron is made available to the bloodstream, a maximum therapeutic effect is obtained. Copperin does not stain teeth or irritate the gastrointestinal tract and is water soluble. Prescribe Copperin "A" for adults, Copperin "B" for children.

Liberal professional samples gladly sent on request

RAFAEL A. VILLAMIL

Box 530, San Juan, P. R.

DEBER EN LA NOCHE



Manteniendo un calor continuo, la curación húmeda de NUMOTIZINE simplifica el problema del calor externo durante la noche.

En el tratamiento local de inflamaciones superficiales, tales como furunculosis, torceduras, tonsilitis y afecciones ligeras del árbol respiratorio, la acción analgésica y descongestiva de NUMOTIZINE surte sus efectos, sin la pérdida de tiempo, que ocaciona el calentamiento y cambio de curaciones en intervalos frecuentes.

NUMOTIZINE

Analgésico, descongestivo, mitigante

Suministrado en tarros de cristal de 57, 114, 228, 425 y 850 gramos.

NUMOTIZINE, INC., 900 NORTH FRANKLIN ST., CHICAGO 10, ILLINOIS, E. U. de A.







Agente y Distribuidor Exclusivo para Puerto Rico
FRANCISCO N. CASTAGNET
Tanca 1, San Juan. P. R.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL
(Organizada en 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

PARA EL

Cirujano General

Curso combinado que comprende: cirugía general, c. traumática, c. abdominal, gastro-enterológica, ginecología y urológica. Asistencia a conferencias, presencia a operaciones, examen pre-operatorio y post-operatorio de enfermos así como un curso ulterior en las salas. Patología, radiología, fisioterapia. Demostraciones en el cadáver sobre anatomía quirúrgica, cirugía torácica, anestesia regional. Cirugía operatoria y ginecológica en el cadáver.

CURSOS COMPLETOS Y CLINICA
DE LAS ENFERMEDADES DE

OJOS - OIDOS
NARIZ
GARGANTA

Obstetricia y Ginecología

Un curso completo. En Obstetricia: conferencias; clínica prenatal; presencia a partos normales y operatorias; operatoria obstétrica (maniquí).

En Ginecología: conferencias; exploración clínica; presencia de operaciones; examen pre-operatorio de pacientes; clínica post-operatoria de las pacientes en las salas.

Patología obstétrica y ginecológica; anestesia regional (en cadáver). Asistencia conferencias en Obstretricia y Ginecología.

PROCTOLOGIA,
GASTRO-ENTEROLOGIA
Y MATERIAS
DE LA ESPECIALIDAD

PARA INFORMES DIRIGIRSE A
MEDICAL EXECUTIVE OFFICER: 345 West 50th St., New York City

Kalak
REG. U.S. PAT. OFF.



With the coming of the heated season KALAK has the capacity of relieving conditions due to heat-effects, the basis of many complaints. It is refreshingly delicious, sparkling, alkaline.
A post-card to us signed by the doctor will bring him our cards giving accepted clinical laboratory normal data, gratis.

KALAK WATER COMPANY OF NEW YORK, INC.

30 Rockefeller Plaza - New York 20

Distributed by

RODOLFO BERNAL

San Juan, Puerto Rico

ACCIDENTES LASTIMOSOS

LA APLICACION DE CALOR HUMEDO EN CATAPLASMAS DE "ANTIPHLOGISTINE" ES POSITIVAMENTE RECOMENDABLE PARA EL TRATAMIENTO DE

* ★ TORCEDURAS
* ★ CONTUSIONES
* ★ MUSCULOS DISLOCADOS
* ★ BURSITIS
* ★ RELAJACIONES

ANTIPHLOGISTINE

●

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NUEVA YORK

Francisco Garratón, S. en C., Apartado 1541, San Juan.

AVISO

De Interés a la Profesión Médica de Puerto Rico

ABBOTT LABORATORIES desea hacer claro a la PROFESION MEDICA DE PUERTO RICO que fabrica su **propia** Penicilina en sus **propios** Laboratorios en North Chicago.

A la vez suplicamos su atención hacia el siguiente párrafo de un artículo publicado en el "Journal of the American Medical Association", volumen 126, diciembre 16, 1944, página 1024, y que fué omitido de una circular llegada recientemente a ustedes, el cual lee como sigue:

> "When assayed by the cup-plate method the potency of crystalline Penicillin X is approximately **900 units per milligram,** while crystalline Penicillin (crystaline Penicillin G) has a potency of **1650 units per milligram.** NO DIFFERENCE in effect could be shown between Penicillin X and commercial Penicillin on four strains of Staphylococcus aureus."

ABBOTT LABORATORIES PUERTO RICO INC.

SAN JUAN, PUERTO RICO

POR LA VICTORIA Y LA PAZ

La guerra total ha terminado. El **egoismo** ha sido vencido una vez mas, como lo será CIEN, MIL y UN MILLON de veces que se presente en guerra ante los hombres de Buena Voluntad.

Los hombres de Buena Voluntad, los que dieron sus Vidas, y los que dieron generosamente lo mejor que tenían, a pesar de sus dolores y sus tristezas, para que también se perdiera, si era necesario, han ganado la buena batalla.— ¿Cuánto ha de durar este triunfo?— Todo dependerá de no dejarse vencer por las mil artimañas de los grandes y pequeños representativos del **egoismo** que están y viven en el Mundo y ni han guerreado **siquiera.**

Aquí en Puerto Rico nuestros valores productores y creadores, nuestra Industria, nuestra Agricultura, nuestras Profesiones han de estar "ojo avizor" a esas artimañas y defenderse y ayudar a nuestro pueblo, también a defenderse:— 1º Siendo fieles a su Tierra; 2º a sus productos; 3º a sus hombres de Buena Voluntad.

AFLEG LABORATORIES

FABRICANTES DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS ETICAS PARA LA PROFESION MEDICA DE PUERTO RICO

San Juan de Puerto Rico

NUESTRAS ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

Elíxir Neo-IRON—Antianémico al Sulfato de Hierro Ferroso.
Elíxir Neo-IRON COMPLEX—Antianémico al Sulfato de Hierro Ferroso, Complejo de Vit. B y Extracto de Hígado.
Jarabe Neo-IRON—Antianémico al Sulfato de Hierro Ferroso en medio no alcohólico.
Jarabe Yod-IRON—Yodo y Hierro Ferroso.
Heparentol—Extracto de Hígado Inyectable, simple o con Vitamina B^1.
Betarol—Vitamina B^1, en Jarabe, Elíxir o Soluciones Inyectables.
Befleg—Complejo de Vitamina B, en Jarabe, Elíxir o Solución Inyectable.
Ferheptol—Hierro, Hígado y Vitamina B^1 inyectables.
Kiliapsin—Contra la aquilia gástrica.
Digesol—Elíxir digestivo.
Bromorange—Sedante del sistema nervioso.
Ferbetal—Cápsulas antianémicas.
Calsuvin—Anticatarral.
Nasofedrina—Efedrina inhalante.

La Tisuloterapia Resuelve el Problema del Dolor.

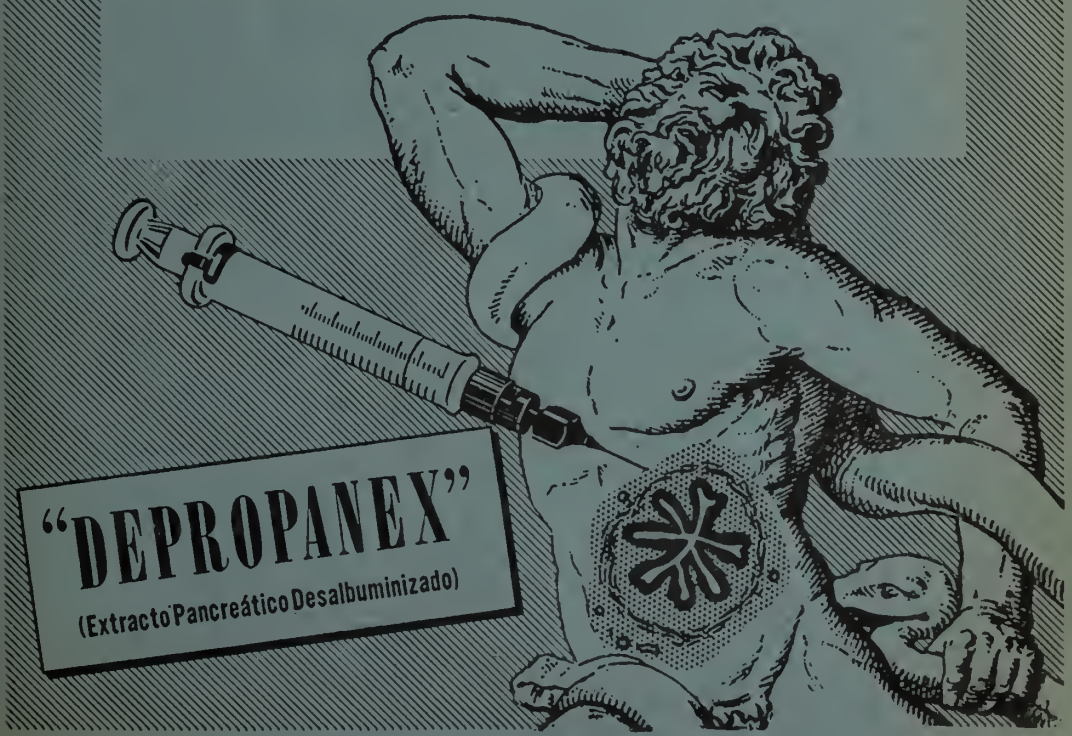
La Tisuloterapia con "DEPROPANEX" (extracto desalbuminizado de tejido pancreático) es el medio a que recurren millares de médicos, por las razones siguientes:

"DEPROPANEX" disminuye las contracciones espasmódicas de los músculos lisos, y elimina así la causa del dolor en el cólico renal o ureteral provocado por cálculos, estrecheces, etc. La acción es casi instantánea: una inyección de 3 a 5 cc. por vía intramuscular proporciona alivio en tres minutos o menos.

"DEPROPANEX" se emplea, además, con excelentes resultados, en el cólico postcistoscópico, en pielografías; en el tratamiento de las lesiones vasculares: Claudicación intermitente, angina de pecho, enfermedad de Reynaud, espasmos arteriales de la retina; y en ciertos trastornos espasmódicos de la hipertensión arterial.

"DEPROPANEX" no contiene insulina, acetilcolina o histamina, y su inyección no provoca reacciones desagradables.

Envases originales: frasquitos de 10 cc. **Sharp & Dohme, Philadelphia 1, Pa., E.U.A.**





Preparaciones Antianémicas Versátiles

La eficacia terapéutica de los Púlvules 'Lextron' (Concentrado Hepático Gástrico con Hierro Férrico y Complejo de Vitamina B, Lilly) y de los Púlvules 'Lextron Ferroso' (Concentrado Hepático Gástrico con Hierro Ferroso y Complejo de Vitamina B, Lilly) es demostrada clínicamente tanto en las anemias "primarias" como en las "secundarias." Un púlvule (cápsula) de cualquiera de los dos productos contiene suficiente concentrado hepático gástrico para ejercer un efecto antianémico equivalente, aproximadamente, a la ingestión de veinte gramos de hígado fresco crudo.

Los varios factores del complejo vitamínico B presentes en estas preparaciones son de especial significación en la mayoría de las anemias. La ingestión adecuada de hierro se asegura con la incorporación de 0.2 Gmo. de Citratos de Hierro y de Amonio, Verde, en la fórmula del 'Lextron,' y de 0.1 Gmo. de Sulfato Ferroso en la del 'Lextron Ferroso.' Doce púlvules diarios son adecuados para el tratamiento de la anemia perniciosa sin complicaciones, y seis a doce para el de las anemias hipocrómicas microcíticas. De venta en las principales farmacias y droguerías.

PARA LAS RECETAS MEDICAS

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION

Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

AÑO XXXVII AGOSTO, 1945 NUMERO 8

MAR 2 2 1946

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO



P. O. Box 3081 — San Juan, P. R.

SUMARIO

Página

Los injertos autoplásticos en las deformaciones cicatriciales, Luis A. Passalacqua, M. D., Santurce, P. R. ---- 285

Amputación interilio-abdominal, A. Oliveras Guerra, M. D., Santurce, P. R. ---------- 296

Tonsilitis aguda: su tratamiento con supositorios rectales de bismuto (Analbis), Eduardo R. Pérez, M. D., Guayama, P. R. ---------- 300

Directorio Médico de Puerto Rico—Año 1945 ---------- 303

Nota: Con el objeto de dar cabida al Directorio Médico, hemos suspendido las secciones permanentes del Boletín en la presente edición.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

(Publicación Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico)

Avenida Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, Puerto Rico

DR. E. MARTINEZ RIVERA
Editor y Administrador

Editores Asociados

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. A. M. MARCHAND
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

El BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO es el órgano oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico. Se publica el día último de cada mes, constando cada volumen de 12 ediciones.

Los trabajos originales deben ser enviados al Editor-en-Jefe, Apartado de Correos 3866, Santurce 29, Puerto Rico, o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); año; volumen y página. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Si el artículo viene acompañado de ilustraciones, debe indicarse en el texto el sitio donde se desea que sean éstas intercaladas. Al dorso de cada ilustración debe hacerse constar claramente el título que deberá acompañarla.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Editor-en-Jefe.

Información en relación con anuncios será suplida a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio estará sujeto a la aprobación del Editor-en-Jefe.

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Puerto Rico under the act of August 24, 1912.

THE NAME TO REMEMBER!



PROLUTON, Schering's chemically pure, crystalline progesterone, provides rational and effective parenteral therapy in corpus luteum hormone deficiency states.

Decisive response with **PROLUTON** may be obtained in certain types of *functional dysmenorrhea, premenstrual tension, habitual and threatened abortion* and in *functional uterine bleeding.*

PROLUTON, in ampules of 1 cc. containing 1, 2, 5 and 10 mg.

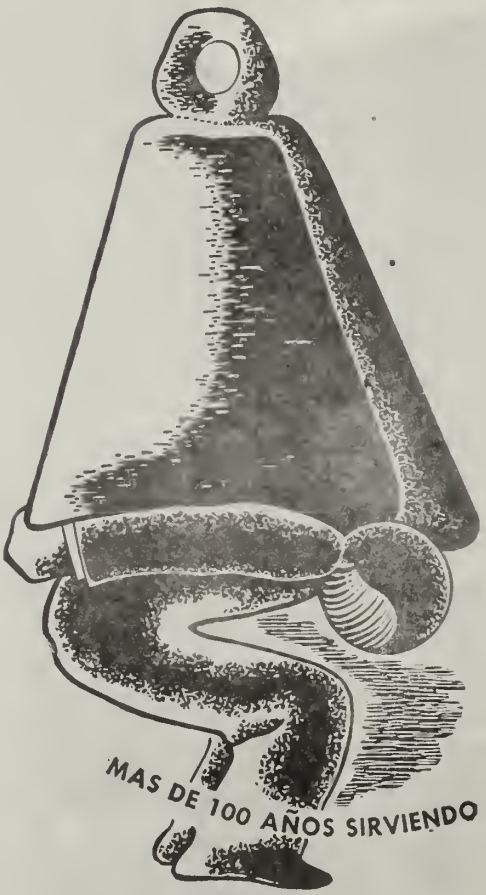
SCHERING CORPORATION SCHERING **BLOOMFIELD • NEW JERSEY**

REMEMBER TOO — BUY WAR BONDS TODAY

Distribuidor: CESAR CASTILLO, Tetuán 10, San Juan, P. R.

para aligerar el peso físico...

que pesa sobre la psique



LAS Tabletas de Sulfato de Benzedrina, debido a su benéfica estimulación del sistema nervioso central, tienen la tendencia de disminuir el apetito excesivo, suprimiendo en el paciente obeso—usualmente neurótico—el deseo de comer a todas horas, haciendo que éste se ajuste a la dieta de bajas calorías prescrita por el médico.

El renombrado especialista, J. Ersner, en más de 500 casos de pacientes obesos, y en 55 de individuos "con apetito desmesurado," obtuvo, a pesar de algunos fracasos, pérdidas de 3.2 libras semanales en períodos consecutivos de 3 a 12 semanas.

Lesses y Myerson después de haber tratado favorablemente con Sulfato de Benzedrina cientos de casos de obesidad, afirman: "*no hemos visto nunca evidencias de afición a la droga.*"

MAS DE 100 AÑOS SIRVIENDO A LA PROFESION MEDICA

SKF 1841 1944

A su petición le enviaremos directamente literatura, posología y muestras sobre este producto.

TABLETAS DE

SULFATO DE BENZEDRINA

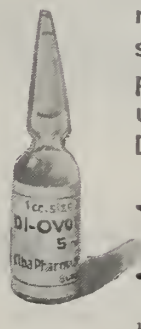
LABORATORIOS SMITH, KLINE & FRENCH • FILADELFIA, PA., E. U. A.

PERIPHERAL VASCULAR DISEASE



Schematic drawing of superficial arteries of the palm.

That estrogens are of value in certain types of peripheral vasomotor disturbances has been established both experimentally and clinically. One of the most recent reports on this subject deals with results obtained in a series of 345 patients treated with estrogens over the past ten years.[1] Of the various estrogenic substances used, the most effective results were obtained with Di-Ovocylin* (α-estradiol dipropionate).



DI-OVOCYLIN

*Trademark Reg. U. S. Pat. Off

[1] McGroth, E. J. and Herrmann, L. G. Influence of Estrogens on the Peripheral Vasomotor Mechanism. Ann. Surg., 120:607 (Oct.) 1944

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC. • SUMMIT, NEW JERSEY
IN CANADA, CIBA COMPANY LIMITED, MONTREAL

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC
Summit, New Jersey Dept

Gentlemen:

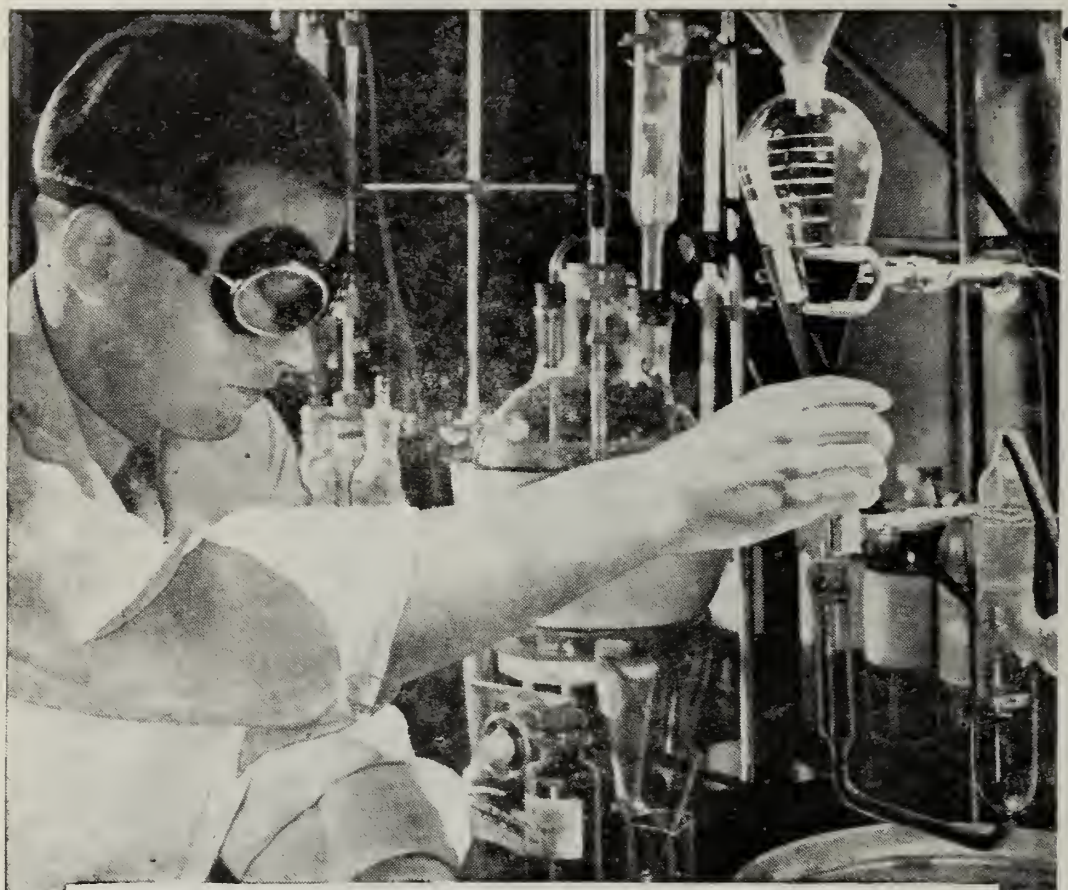
Please send me a reprint of the article on the Use of Estrogens in Peripheral Vascular Disturbances.

Name_____

Street_____

City_____ State_____

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc.
Salvador Brau 70 — San Juan 17, P. R.



se destaca por...

RIGUROSA INVESTIGACION CIENTIFICA

Como norma principal MERCK & Co., Inc., se ha impuesto, desde sus comienzos en 1818, el dedicar atención preferente a la investigación. Hoy, cientos de hombres de ciencia aportan su valiosísima labor trabajando en los Laboratorios MERCK. Como resultado, cuanto producto lleva esta marca es producto de completa confianza.

Sea usted médico, químico, farmacéutico o fabricante, escríbanos y le remitiremos información detallada sobre nuestros productos y sus precios.

MERCK & Co., Inc.

QUIMICOS • MANUFACTUREROS

Rahway, New Jersey, Estados Unidos de América



PRIVINE
IN
ALLERGIC RHINITIS

Whether the *seasonal* type of allergic rhinitis is due to a sensitivity to pollens of the common trees, grasses or ragweeds, or whether the *perennial* type is caused by animal danders, vegetable powders, house dusts, foods or drugs ...PRIVINE* (Naphazoline) is extremely effective for shrinking the pale, swollen and "water-logged" nasal mucosa without compensatory swelling.

This aqueous, isotonic solution, buffered at pH 6.2 readjusts the alkaline secretion to normal acid range, and produces prompt and prolonged symptomatic relief for 2 to 6 hours without reapplication.

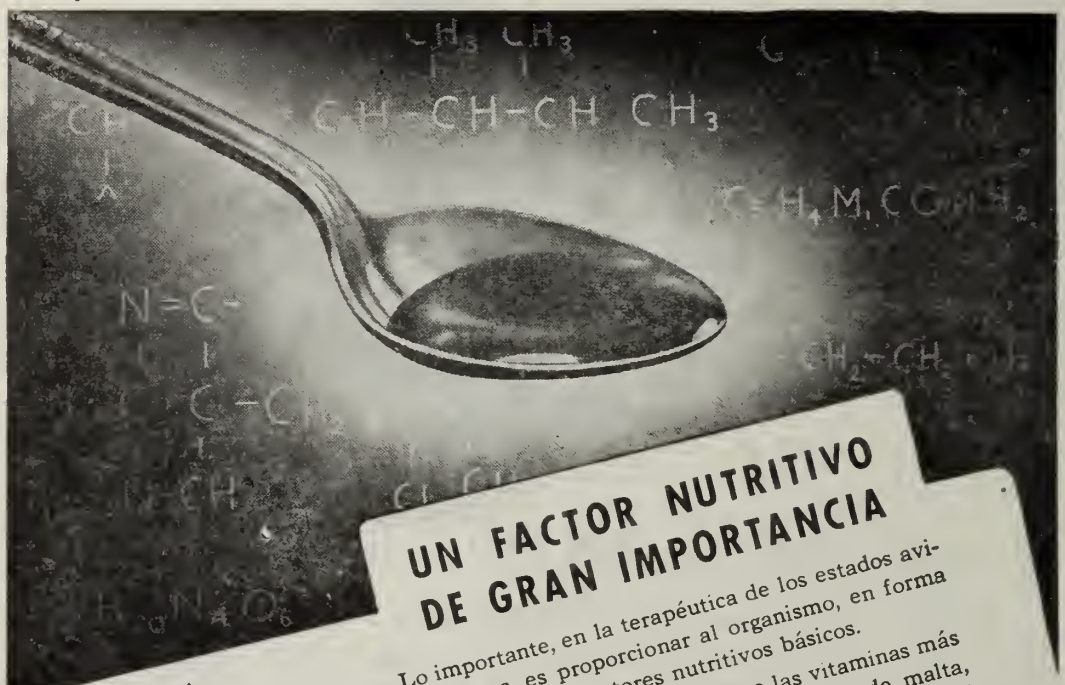
PRIVINE
HYDROCHLORIDE

*Trade Mark Reg. U. S. Pat Off..

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC., SUMMIT, NEW JERSEY
IN CANADA, CIBA COMPANY LIMITED MONTREAL

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, INC.
Salvador Brau 70 - San Juan 17, P. R.



UN FACTOR NUTRITIVO DE GRAN IMPORTANCIA

Lo importante, en la terapéutica de los estados avitaminosos, es proporcionar al organismo, en forma equilibrada, los factores nutritivos básicos.

'Avimal,' cuya fórmula incluye las vitaminas más esenciales en la nutrición, con extracto de malta, ofrece al médico un medio seguro y racional para el tratamiento de las deficiencias vitamínicas y sirve, además, como un poderoso agente preventivo de fácil empleo tanto en adultos como en niños. Su agradable sabor asegura la cooperación del paciente, a más de ser un compuesto inalterable.

Para fines dietéticos, 'Avimal' constituye un factor nutritivo de primer orden.

'AVIMAL'—Contiene vitaminas A, D, B_1 B_2 y Nicotinamida en Extracto de Malta.

Frascos de 8 y 16 onzas.



MARCA 'AVIMAL' REGISTRADA

Preparación polivitamínica de agradable sabor

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

Agente: RAFAEL A. VILLAMIL, Apartado 530, San Juan, P. R.

Todos los Elementos Nutritivos Conocidos Esenciales para el Crecimiento Normal del Niño Están Incluidos en

S. M. A.

● Además de suministrar los requisitos calóricos del niño normal—basados en la composición de la leche humana—S. M. A. contiene abundantes cantidades de los minerales y vitaminas necesarios para mantener el crecimiento óptimo y la salud.

Las anemias de la infancia son raras en los niños alimentados con S. M. A. porque S. M. A. contiene suficiente hierro (Fe)—aproximadamente 10 mg. por cada litro de alimento preparado—para suministrar este importante elemento al niño.

El contenido de vitamina A es amplio y constante durante todo el año. Hay bastantes vitaminas B_1 y D para impedir la deficiencia en la dieta de estos materiales esenciales. Al igual que a los niños alimentados con el pecho, es conveniente darles vitamina C—en forma de jugo de naranja o jugo de tomate—a aquellos que se alimentan con S. M. A.

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.
LONDRES, INGLATERRA SYDNEY, AUSTRALIA WALKERVILLE, CANADA

FSS, 3-40 SPANISH A IMPRESO EN E. U. A.

S. M. A.

Da Excelentes Resultados en la Nutrición porque S. M. A. Es Como La Leche Materna

S. M. A. es un alimento preparado especialmente para la alimentación infantil. Cuando se prepara de acuerdo con las direcciones es esencialmente similar a la leche materna.

No solamente son sus procentajes de proteína, grasa, carbohidratos y minerales iguales a los de la leche humana, sino que la grasa de S. M. A. se asemeja a la de la leche humana química y físicamente.

Por eso, a los niños normales les encanta S. M. A.—la digieren fácilmente y les va excepcionalmente bien con ella. Ud. puede esperar que los resultados obtenidos con S. M. A. serán iguales a los de la leche materna.



Aceptado por la Junta de Alimentos de la Asociación Médica Americana.

ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN. Council on Foods

S.M.A. CORPORATION
CHICAGO, ILLINOIS, E.U.A.

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.
LONDRES, INGLATERRA SYDNEY, AUSTRALIA
WALKERVILLE, CANADA

Distribuidores:
CASTAGNET & CASTILLO CO.
P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

LAS POTENCIAS MAS ALTAS... AL COSTO MAS BAJO

VITAGALEN es un jarabe sumamente eficaz y económico, que proporciona cantidades terapéutica de Vitamina A, Vitamina D, y los factores del Complejo de la Vitamina B. Las Tabletas VITAGALEN contienen además, cantidades efectivas de Vitamina C y de seis minerales fisiológicamente activos.

Tanto el jarabe como las tabletas VITAGALEN pueden administrarse con absoluta confianza como complemento alimenticio diario, o para el tratamiento de deficiencias clínicas de vitaminas múltiples.



POTENCIAS

Dos tabletas (la dosis usual diaria para adultos) suministran:

Vitamina A	5000	Unidades F.E.U.
Vitamina D	800	Unidades F.E.U.
Vitamina C (ácido ascórbico)	50	miligramos
Tiamina	4	miligramos
Riboflavina	4	miligramos
Niacinamida	30	miligramos
Piridoxina (Vitamina B_6)	0.50	miligramo
Pantotenato de calcio	2	miligramos
Vitamina E	2	miligramos
Hierro	15	miligramos
Manganeso	6	miligramos
Yodo	0.10	miligramo
Cobre	1	miligramo
Calcio	800	miligramos
Fósforo	150	miligramos

Una cucharada (15 mls.), la dosis usual diaria para adultos, suministran:

Vitamina A	5000	Unidades F.E.U.
Vitamina D	400	Unidades F.E.U.
Tiamina (Vitamina B_1)	3.75	miligramos
Riboflavina (Vitamina B_2)	2.0	miligramos
Amidoniacina (Amidoácido-nicotínico)	25.0	miligramos
Piridoxina (Vitamina B_6)	1.0	miligramo
Pantotenato de calcio	3.75	miligramos

Galen Company

BERKELEY, CALIFORNIA, E. U. A.

Distribuidor: RODOLFO BERNAL, Apartado 2048, San Juan, P. R.



¡DE CALIDAD SUPERIOR!

La experiencia ha demostrado que las bolsas SEAMLESS para agua caliente son realmente lo mejor que usted encuentra. Su durabilidad se debe principalmente a que ellas poseen la más sólida construcción del cuello. (Vea diagrama en círculo). Además, no hay alambre, ni cemento, ni costura que causen rezumamientos.

Las bolsas para agua caliente "SR", al igual que las irrigadoras sencillas y de combinación, llevan en su sello su garantía de calidad!

Este es sólo un grupo de la línea completa de artículos de goma, esparadrapo y vendajes quirúrgicos, algodón, gasa, etc., para farmacias y hospitales, todos los cuales llevan el sello "SR" que significa **CALIDAD SUPERIOR!**

FABRICANTES DE LOS
GUANTES "SR" STANDARD PARA CIRUJANOS

The **SEAMLESS** **SR** **RUBBER** Company

NEW HAVEN, CONNECTICUT
E. U. A.

Marca de Fábrica Registrada

FABRICANDO ARTICULOS DE GOMA DESDE 1877

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc.
Salvador Brau 70 — San Juan 17, P. R.



¿CUAL ES EL CARBOHIDRATO IDEAL?

'DEXIN':

Dextrinas	75%
Maltosa	24%
Residuos Minerales	0.25%
Agua	0.75%

Frascos de 12 onzas y 3 libras.



La leche modificada con 'Dexin' proporciona al médico un método seguro para proteger la salud del niño.

Este producto, por su alto contenido en dextrina, actúa disminuyendo la fermentación intestinal y la tendencia al cólico y a la diarrea. Acelera la formación de un cuajo blando y fácilmente digerible.

El alto valor nutritivo, su riqueza en calorías y su sabor agradable, hacen del 'Dexin' la fórmula perfecta en la alimentación infantil.

MARCA 'DEXIN' REGISTRADA

Carbohidrato rico en dextrina

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

9 & 11 EAST 41st STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

Agente: RAFAEL A. VILLAMIL - Apartado 530, San Juan 3, P. R.

ANEMIA POR DEFICIENCIA

CAPSULAS HEMONUTRIN

Para un aumento óptimo de la hemoglobina

HIERRO

EN FORMA DE GLUCONATO

COMPLEJO B

HIGADO



COMPOSICION:	Cada Cápsula	Dosis Diaria (9 Cápsulas)
GLUCONATO FERROSO	194 mg.	1750 mg.
EXTRACTO DE HIGADO (Fracción Secundaria)	97 mg.	875 mg.
CONCENTRADO DE LEVADURA	32 mg.	292 mg.
CLORURO DE TIAMINA (B^1)	100 U.I.	900 U.I.
RIBOFLAVINA (B^2)	250 mcg.	2250 mcg.
PIRIDOXINA (B^6)	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO PANTOTENICO	100 mcg.	900 mcg.
ACIDO NICOTINICO	2.5 mg.	22.5 mg.

Más el Complejo B entero contenido en el hígado y en la levadura.

Muestras clínicas y literatura se encuentran a la disposición de la profesión médica a solicitud.

Exclusive Representative:

JOAQUIN BELENDEZ SOLA

56 Tetuán St. - P.O. Box 1188

San Juan 6, Puerto Rico

NION CORPORATION

LOS ANGELES NION CALIFORNIA



Los Extractos de Hígado, Abbott, constituyen una fuente de hígado, efectiva y segura, para el tratamiento específico de la anemia perniciosa. Se preparan con hígados frescos de mamíferos, de acuerdo con un método que permite retener cantidades máximas de los factores antianémicos, y contienen en forma purificada la fracción G de Cohn. Considerando que su potencia ha sido rigurosamente normalizada por numerosas pruebas clínicas, el médico puede tener la seguridad de obtener resultados satisfactorios y uniformes. ● Desde que los investigadores clínicos demostraron que las soluciones parentéricas son de 30 a 70 veces más efectivas que las mismas cantidades de extracto de hígado administradas por vía bucal, numerosos médicos han adoptado este método. Y puesto que generalmente se facilita mantener un estado más satisfactorio en la anemia perniciosa, con inyecciones semanarias, bimensuales o mensuales, este método de dosificación hace que esta terapia sea más conveniente y económica para el paciente. *Los Extractos de Hígado Inyectable, Abbott*, son especialmente adecuados para la inyección parentérica, debido a su bajo contenido sólido y a su elevada actividad hematopoyética. Se suministran en distintas formas, las cuales permiten aplicar la dosis y el método terapéutico deseados: En frascos o ampolletas que contienen 2, 5 ó 10 unidades inyectables por cc., y en ampolletas de 1½ cc., conteniendo 15 unidades inyectables cada una. Extracto de Hígado Inyectable, Abbott, con Vitamina B_1, conteniendo cada cc. 2000 U.I. de vitamina B_1, y 10 unidades inyectables de extracto de hígado. Si se prefiere la administración bucal, prescríbase Extracto de Hígado, Abbott, Gápsulas. *Cuando Recete Extractos de Hígado, Especifique ABBOTT.*

ABBOTT LABORATORIES PUERTO RICO, INC.
Salvador Brau 86, San Juan, Puerto Rico . . . . . .

ABBOTT LABORATORIES INTERNATIONAL COMPANY, 919 No. Michigan Avenue, Chicago 11, Ill., E.U.A.

ABBOTT LABORATORIES DE MÉXICO, S.A. Av. Coyoacán 1622, México, D.F.

ABBOTT LABORATORIES URUGUAY, S.R. LTDA. Miguelete 1914, Montevideo, Uruguay

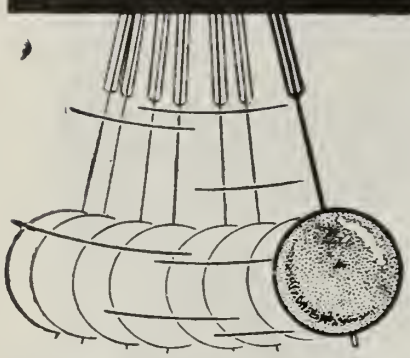
ABBOTT LABORATORIES ARGENTINA, S.R. LTDA., Rowson 1083, Buenos Aires, Argentina

ABBOTT LABORATORIES DE CUBA Lealtad 152, Habana, Cuba

ABBOTT LABORATÓRIOS DO BRASIL, S.A. Rua Socramento Blake, 25/41, São Paulo, Brasil

ABBOTT LABORATORIES DE CHILE, LTDA. Catedral 1675, Santiago, Chile

EN MENOS DE UN MINUTO



ESTA HECHO EL ANALISIS DE AZUCAR EN LA ORINA

El nuevo método

CLINITEST

• **SENCILLO • RAPIDO • SEGURO • ECONOMICO**

Sólo requiere tres facilísimas operaciones...



1 **5 gotas de orina** *más* 10 de agua.

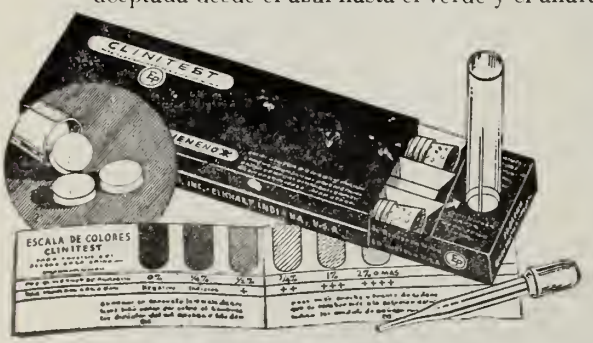


2 **Se echa la tableta.**



3 **Se compara con la escala de colores.**

Clinitest es el nuevo método, rápido, sencillo y económico, para determinar la proporción de azúcar en la orina. Está basado en una modificación de la conocida reacción de Benedict y conserva la progresión de los colores universalmente aceptada desde el azul hasta el verde y el anaranjado, indicativa de la presencia de azúcar en la orina en las proporciones de 0%, ¼%, ½%, ¾%, 1% y 2% o más.



Los juegos Clinitest se venden a precio muy módico, resultando en apreciable economía para cuantos necesitan recurrir a esta clase de análisis.

•

Hay juegos Clinitest de 50 tabletas y juegos de repuesto de 75 tabletas.

AMES COMPANY, INC.

Representante para Puerto Rico: FRANCISCO GARRATON, S. en C.
Allen 85 — Apartado 1541 — San Juan, P. R.

Penicilina en Capsulas

Deseamos informar a la clase médica que pronto tendremos existencias de esta droga en CAPSULAS y que llevará el nombre de:

Capsulas Ledercilina

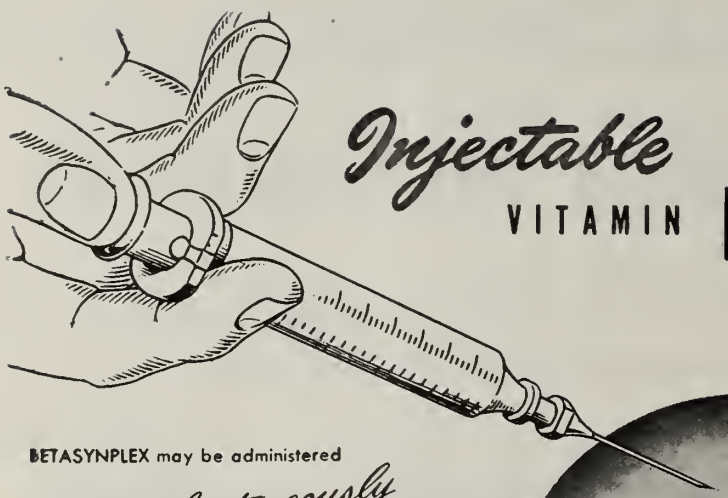
Fueron los Laboratorios LEDERLE los primeros en preparar la Penicilina en una forma que pudiera ser administrada oralmente sin ser destruída por los ácidos estomacales.

Envase: Frasco de 12 cápsulas de 25,000 Unidades cada una

—oOo—

LEDERLE LABORATORIES CO.

SAN JUAN, PUERTO RICO



Injectable

VITAMIN B COMPLEX

BETASYNPLEX may be administered

subcutaneously
intramuscularly
intravenously

THE FIVE
IMPORTANT FACTORS
IN STABLE
Instantly Soluble
FORM

As a result of chemical investigations still further progress in vitamin therapy has been made. Now, in one ampul, there are available the following synthetic factors:

Thiamine hydrachlaride (vitamin B_1)	*10 mg.*
Riboflavin (vitamin B_2)	*5 mg.*
Pyridoxine hydrachlaride (vitamin B_6)	*5 mg.*
Calcium pantathenate	*5 mg.*
Niacinamide	*50 mg.*

Supplied in boxes of 3 and 10 ampuls.

Dissolve in 2 cc. of sterile distilled water.

If increased vitamin B_1 is desired, use as solvent any Betaxin parenteral solution (available in 10 cc. vials containing in each 1 cc. either 10 mg., or 25 mg., or 50 mg., or 100 mg.).

BETASYNPLEX "NIPHANOID"*

Reg. U.S. Pat. Off. & Canada

*"Niphanoid," trademark, Winthrop Chemical Company, Inc.

WINTHROP

Winthrop
CHEMICAL COMPANY, INC.
Pharmaceuticals of merit for the physician

NEW YORK 13, N. Y.
WINDSOR, ONT.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC., 77 Allen St., San Juan, P. R.

TRATAMIENTO DE LA
COLITIS
con KAOMAGMA



Colitis Simple



Colitis Amíbica
(Amibiosis)

OMAGMA ha probado ser un valioso auxiliar en el tratamiento de los varios s de colitis. El tratamiento específico depende del diagnóstico del tipo particular síndrome—colitis espástica, colon instable—colitis mucosa o colitis ulcerosa.

OMAGMA disminuye la adhesividad del mucus infestado a las membranas stinales, y adsorbe e inactiva las substancias tóxicas e irritantes en los intestinos colon; no interfiriendo con el tratamiento específico.

SIS ORDINARIAS: Cuando la colitis está asociada con estreñimiento, se mienda una o dos cucharaditas de KAOMAGMA con Aceite Mineral, tres veces lía. Cuando hay diarreas, una o dos cucharaditas de KAOMAGMA Simple pués de cada evacuación dá magníficos resultados. Con la restauración de las cuaciones normales, se aconseja volver a la KAOMAGMA con Aceite Mineral.

KAOMAGMA Simple
KAOMAGMA con Aceite Mineral

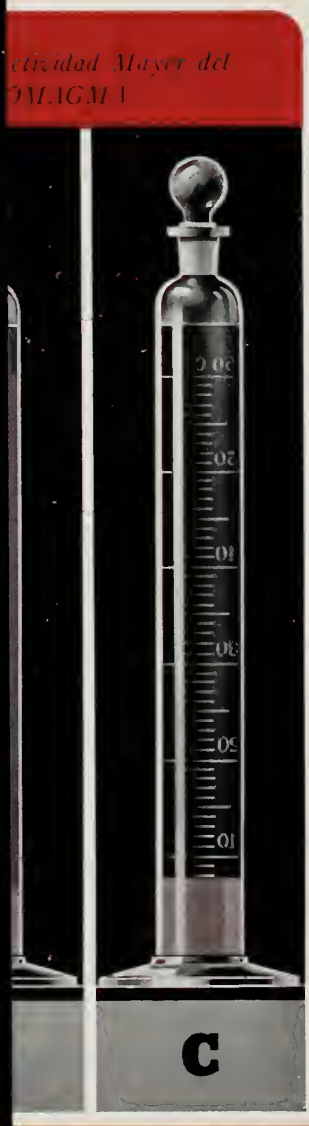
De venta en frascos de 175 c. c.

★ **JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED** ★
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

PRESO EN E. U. A.

X510

Como Controlar la DIARREA *con* KAOMAGMA



Al Comienzo de la DIARREA . . .

Administre dos cucharaditas de KAOMAGMA Simple, diluídas en un poco de agua—

y continúe con una cucharadita de KAOMAGMA Simple, después de cada evacuación—

entonces cuando las evacuaciones se consoliden, tome una cucharadita de KAOMAGMA con Aceite Mineral tres veces al día en la forma que sea indicada.

KAOMAGMA

la Magma de Alúmina y Caolín de Wyeth, es una forma activada de caolín. Debido a su fluidez y a su contenido de caolín e hidróxido de aluminio, KAOMAGMA

- Adsorbe e inactiva las substancias tóxicas e irritantes
- Cubre y protege la mucosa irritada, actuando como un astringente moderado
- Precipita y coagula las suspensiones bacteriales

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

Publicado mensualmente bajo la dirección de la Junta Editora

Año XXXVII | AGOSTO, 1945 | Número 8

LOS INJERTOS AUTOPLASTICOS EN LAS DEFORMACIONES CICATRICIALES*

LUIS A. PASSALACQUA, M.D.,**
Santurce, P. R.

I

Ha recibido, durante los últimos años, gran aceptación, el tratamiento de las deformaciones cicatriciales, por la resección quirúrgica, y la implantación de los injertos autoplásticos.

No es que los antiguos ignoraran la importancia de recubrir las superficies denudadas; sino que los principios quirúrgicos de aquellos tiempos no favorecían a los resultados positivos, y los cirujanos, desilusionados, desechaban el procedimiento de las injertaciones por creerlo de poco valor práctico.

En la antigüedad, los alfareros de la India usaban el injerto de espesor total para aplicarlo a la nariz de los mutilados de la guerra. Era costumbre entre los orientales cortarle la nariz a los vencidos. El injerto monopediculado que se obtiene de la frente para la restauración de la nariz, el llamado injerto indio, tuvo su origen en esa época primitiva de la civilización.

Sólo destellos esporádicos han iluminado a largos trechos la senda obscura de cirugía plástica a través de los tiempos precursores de nuestra era.

El injerto indio tuvo por compañero más tarde al injerto italiano, inventado por Branca, en el Siglo quince. Es un colgajo monopediculado, como el indio, que se toma del brazo, en vez de la frente, y se usa, como su predecesor, en la plástica nasal.

Durante muchos siglos los cirujanos plásticos se dedicaron especialmente a la reconstrucción de la nariz. La invasión de Europa por los guerreros orientales, trajo también la bárbara costumbre de Manú, y entre los mutilados había personas de gran distinción ciudadana. La costumbre fué proscrita por Bizancio; pero a la caída de Roma, la invasión arabesca la trajo de nuevo.

Cuando desapareció la influencia de los orientales, aparecieron dos nuevos enemigos de la nariz humana, la sífilis y la lepra, produdiendo las deformidades nasales que son típicas de esas enfermedades.

Es evidente, que el proceso nasal, quizás por su prominencia, ha recibido más afrentas que ningún otro; primero por los guerreros de Manú y sus secuaces, y luego, por el bacilo de Hansen y de Schaudinn: así es como ha mantenido perenne

---

* Conferencia dictada ante la facultad de la Escuela de Medicina Tropical.

** Cirujano de la Clínica Dr. Pilá, en Ponce, actualmente en servicio militar.

y activo el interés de los cirujanos plásticos en su arte, el apéndice nasal, durante la oquedad científica que precedió a la época moderna.

Cuando Reverdin ofreció a la profesión médica su injerto epidérmico en el año 1871, sólo se conocían generalmente los colgajos pediculados. Estos se tallan y mobilizan de suerte que al trasladarse a la zona receptora aún conservan uno de sus extremos conectados al lecho original, ú otro intermediario. Se explica que fueran estos los únicos usados, porque se desconocía la asepsia quirúrgica, y los injertos pediculados resisten mejor a los estragos del microbismo.

La creación del injerto epidérmico libre por Reverdin, inició una nueva orientación en el tratamiento de las superficies desprovistas de piel.

Este injerto sólo consta de la epidermis y muy poco de la dermis. Se obtiene bajo la forma de diminutas semillas que se colocan espaciadamente sobre la herida abierta.

Ollier, y más tarde, Thiersch, introdujeron una modificación al injerto de Reverdin, usando en vez de las diminutas semillas, lonjas epidérmicas de varios centímetros de largo.

Los injertos epidérmicos han mantenido un alto nivel de popularidad hasta nuestros días; pero los más minuciosos cirujanos modernos no están conformes del todo con algunas de sus cualidades intrínsecas.

El injerto epidérmico se pega y subsiste con facilidad. Apenas se pierde un transplante en las granulaciones asépticas. Es especialmente útil en las cavidades, las heridas recientes, las cicatrices refrescadas, las aponeurosis, los tendones, los huesos, el periosteo, el tejido lipoideo y el muscular. Además, se obtiene por una técnica sencilla.

Su textura natural, tan fina y delicada, no le da buena protección a la zona cubierta. Por debajo se le forma una lámina de tejido fibroso, que al poco tiempo se contrae e impide los movimientos de las articulaciones o causa nuevas deformidades.

Si el lecho receptor abunda en sinuosidades, quedarán estas visibles después de la injertación. La deposición de pigmento en el injerto es muy marcada y hace que la zona resalte a la vista como un brochazo disarmónico.

II

Los cirujanos contemporáneos piensan en el futuro de un injerto ideal, el cual, como los injertos finos de Reverdin, sea de prendimiento fácil; y, de tal espesor, que dé adecuada protección a la zona denudada armonizando con el color de los alrededores cutáneos, y sin que deje, al sanar, una contracción residual deformadora.

Wolfe, en Inglaterra, y Krause, en Alemania, experimentaron con el injerto libre de piel total.

Este contiene todas las capas de la piel y excluye completamente al tejido grasoso subcutáneo.

Se pudo confirmar que el injerto de piel total, por su dureza y espesor, ofrecía buena protección a la región injertada. Su uso en las regiones del cuerpo mayormente expuestas a los traumatismos corrientes había dado buenos resultados.

También aparecían eliminadas otras condiciones displicentes de los epidérmicos. Una de ellas es la pigmentación excesiva, que es imperceptible cuando la transplantación se hace con piel total. Además quedan alisadas las sinuosidades del lecho y el tejido conjuntivo que se forma

por debajo del injerto es mucho más reducido en tamaño y apenas si produce contradicciones.

Por el contrario este injerto no se prende con la facilidad que lo hacen los injertos finos. El veinte por ciento de ellos se pierden. Hace veinte años que se perdía el cincuenta por ciento.

Con el injerto epidérmico, la zona dadora se regenera en dos o tres semanas y hasta se puede usar nuevamente para obtener otros injertos; pero cuando se toma la totalidad de la piel de un sitio, no hay allí regeneración posible ni tampoco se puede obtener la cantidad suficiente para cubrir las grandes superficies destruídas.

Con la idea de disminuir la frecuencia de las infecciones, y así mejorar el número de prendimientos, Filatow, de Odessa, creó un nuevo injerto el año 1916: el transplante tubulado.

Su creación fué recibida con inusitada publicidad, alcanzando arrolladora experimentación en el período de la postguerra pasada.

El tubo está completamente cubierto de piel y eso le protege de la infección. Como se une a la zona originaria por las dos extremidades, queda asegurada su nutrición por un buen riego sanguíneo. Es posible trasladarlo a las regiones más lejanas. Además, se acompaña de tejido grasoso, hecho hasta entonces imposible.

Encontró uso especial en la queiloplastia, en la reconstrucción del pabellón de la oreja, en la rinoplastia, y en las pérdidas de substancia de los carrillos.

El cuello nos ofrece siempre la dificultad de su mobilidad incoercible. El injerto tubulado tiene allí las mejores posibilidades. Yo siempre he tenido resultados muy satisfactorios.

Sin embargo, tuvo que limitarse el uso de este singular injerto. Aunque podríamos decir que es en muchos sentidos el tipo ideal, su tamaño no permite extenderse para cubrir las grandes secciones desprovistas de piel, y los observadores, por lo tanto, continuaron la búsqueda por el injerto ideal.

Los distintos colgajos puestos en práctica: el francés, el biológico de Esser, el simple, el bipediculado, el compuesto, el cubierto, el cubierto compuesto, el inmediato, y el tardío, solamente obtuvieron buen uso en algunas ocasiones especiales.

Quedaba, sin embargo, el problema de cómo cubrir las grandes superficies denudadas.

Davis, ofreció a la práctica quirúrgica el año 1929, su método de injertación por islotes de piel, remedando el de Reverdin, pero incluyendo, en el centro de cada islote, un punto céntrico de piel total.

La técnica operatoria se asemeja a la del injerto epidérmico. Se eleva la piel con una aguja y se corta en pequeños trozos con el bisturí. El centro de la cara profunda del injerto tiene el espesor completo de la piel, mientras los bordes biselados terminan en una finísima epidermis. Así pretendía Davis reunir las cualidades de ambos tipos fundamentales: el epidérmico y el de piel total.

Fueron varias las objeciones que se levantaron en contra de este utilísimo procedimiento. La operación consume mucho tiempo, la técnica es laboriosa, y la zona dadora toma la apariencia de una piel de cocodrilo. Esta última región, además, demanda un gran cuidado postoperatorio, porque si se infecta puede dejar muchas cicatrices feas como las marcas de la viruela y hasta numerosas neoformaciones queloidales.

Su uso queda limitado por lo tanto a aquellos enfermos que tienen muy poca su-

perficie de piel sana, y que no pueden suministrar injertos en grandes tamaños.

III

Para cubrir la pérdida de grandes superficies de piel, lo mismo que para usos generales, Blair y Brown, anunciaron en San Luis, el año 1929, el injerto intermedio, o partido: el "split graft" de la nomenclatura anglosajona.

Se distingue este injerto de los epidérmicos al estilo del de Reverdín, Ollier, y Thiersch, en que no solamente incluye la epidermis, como aquellos, sino también una gran parte de la dermis propia. Al mismo tiempo no es total como los de Wolfe y Krause.

Blair y Brown demostraron que se podían obtener cortes extensos de piel para cubrir grandes superficies, por medio de una técnica original. Este descubrimiento es un gran paso de avance. Los injertos intermedios, o partidos, prenden con la misma facilidad que los injertos finos epidérmicos. La contracción es menor y la pigmentación también es menos visible. La parte afectada queda mejor protegida contra los traumatismos ordinarios porque la piel tapizadora es de consistencia más recia.

IV

Los injertos libres de piel, en su diverso espesor, cobran cada vez mayor importancia. Padgett, de la ciudad de Kansas, dá mayor solidez a esa concepción cuando, por medio de su dermátomo calibrado, consigue aumentar el espesor del injerto intermedio, hasta crear el injerto dermoepidérmico de tres cuartos de espesor. Se puede incluir hasta el ochenta por ciento de la piel, sin afectar la regeneración de la zona dadora.

Este injerto, al acercarse al de piel total en espesura, adquiere las propiedades ventajosas que este último posee; mientras aún conserva, por su histología, la naturaleza de los superficiales.

Sin embargo, estas investigaciones en el orden quirúrgico, en nada impidieron que se llevaran a cabo, con ahinco, en un campo completamente distinto, otras series de estudios de gran importancia y de idéntica finalidad.

Loeb, en estudios sobre animales de laboratorio, llamó la atención a la importancia del parentesco en relación con la suerte que corren los injertos homoplásticos.

El reclama, que todos los tejidos en cada individuo de una especie determinada, tienen en común ciertas propiedades químicas que son el diferencial individual. En igual forma, todos los tejidos en individuos de parentesco cercano, o de una misma variedad, especie, o género, tienen en común ciertas propiedades químicas, singenéticas, que es el diferencial de clase.

Este diferencial orgánico es el que determina la permanencia del injerto en el lecho receptor.

El diferencial orgánico se manifiesta en la forma de substancias primordiales que, al emanar del injerto, actúan sobre el recipiente como un tóxico.

La extraña descarga es recibida por las células del organismo receptor, y éste responde creando también substancias químicas, inmanentes, de naturaleza opuesta, las cuales le diferencian intrínsecamente de las del injerto extraño.

La reacción no es de inmunidad. Es de pura incompatibilidad química.

Esta hipótesis viene a ser la versión moderna de la antigua teoría singenética que supone la existencia, en el germen de un ser, de los gérmenes de todas las ge-

neraciones que puedan derivarse del mismo

Con relación a los injertos se explica que cuando una sección de piel de un individuo, se transplanta a otro individuo de parentesco cercano, el organismo receptor no desarrolla tantos antagonismos químicos nocivos al injerto, como cuando el parentesco existe en grados más lejanos.

La transplantación de piel entre dos individuos tomados al azar, no tiene éxito. Si se prende durante los primeros días, desaparece al cabo de las dos semanas. De padres a hijos la duración es mayor, pero es mucho más corta que cuando se hace entre hermanos, porque aquí la singenesis es más cercana. En ningún caso, sin embargo, dura el injerto más de cinco semanas.

En el caso de dos gemelos idénticos, representantes del más cercano singenismo, Padgett observó que los transplantes homólogos persistían con perfecta normalidad, a los doce y once meses respectivamente.

Los estudios de Loeb, y las observaciones de Padgett y otros autores modernos desmienten aseveraciones de los antiguos sobre la supervivencia de los injertos homoplásticos. Ultimamente Davis, Shawan y Masson han informado buen éxito cuando se usan individuos de un mismo tipo de sangre; pero estos autores no dicen por cuanto tiempo estuvieron bajo su observación los enfermos. La mayor parte de las observaciones no fueron tampoco personales, sino informadas por los internos. No sabemos si los injertos duraron muchas semanas o pocas; o si los resultados fueron permanentes.

Padgett, observando la evolución de treinta y seis transplantes homoplásticos, en individuos cuyos tipos de sangre habían sido previamente determinados, resuelve que no se puede esperar nada práctico, de los tipos de sangre, para prolongar la vida de los injertos, ni para asegurar su prendimiento.

Desde el punto de vista de la "Teoría del Diferencial Orgánico" de Loeb, los grupos de sangre dependen de la relación de un grupo limitado de genes, la cual divide a todos los individuos en cuatro grupos, mientras que el diferencial individual o de clase, se determina por el conjunto de genes en su totalidad.

Hecho curioso es el caso de parabiosis que informan Bert, Sauerbauch y Heyde. Ellos pudieron efectuar la unión artificial de dos seres. Este acto no ha sido duplicado.

En la unión natural entre dos seres, sólo uno disfruta de vida propia, mientras que el otro sólo puede vivir a expensas del primero. No parece que ello mejore el futuro de los injertos. La capacidad innata de uno de los animales termina por vencer al más débil, cuyo vitalismo es absorbido paulatinamente hasta la muerte.

Aún en los momentos en que la parabiosis está balanceada por la aparente buena salud de los dos seres, la injertación entre ambos gemelos no evoluciona satisfactoriamente. El injerto, en estos casos, no se conduce como los autoplásticos, sino que tiende a desaparecer con más o menos rapidez.

Los hetero-injertos, y los injertos zooplásticos, sólo tienen cabida en las obras anticuadas. Estos injertos desaparecen con mayor rapidez que los homoplásticos.

Grandes posibilidades, sin embargo, nos ofrece el uso de piel refrigerada, con relación a este tema. No es idealismo vano, ni ilusión del intelecto, pensar en el banco de piel como se piensa en el banco de sangre. La naturaleza en sus ricos arcanos guarda valiosos tesoros biológicos,

y es posible, al correr del tiempo, que usemos injertos homoplásticos con resultados permanentes, ya sea por cierta preparación preliminar y especial de los enfermos, o como el resultado de los nuevos adelantos en la determinación de los tipos de sangre, y otros medios hoy conocidos.

Se dice que ya Martin, en el año 1873, llegó a la conclusión experimental que el frío era conveniente al mejor resultado de la transplantación. Hodgen, en 1871, usaba piel desecada. Ljungren conservaba la piel en el líquido ascítico estéril, y logró varios éxitos con piel homóloga de dos meses de conservación. Estos autores hablan de resultados inmediatos. No hacen referencia a observaciones posteriores.

El primer autor que usó piel refrigerada fué Wentscher, en 1903. Usó cuatro injertos autoplásticos. Uno, conservado al hielo durante siete días; y tres, durante catorce días. El uso de la vaselina para envolver la piel que va a ser refrigerada sugirió Alexis Carrel, en el año 1911. Este autor le sugirió entonces a la profesión médica el uso ventajoso de la piel refrigerada.

Actualmente se usa la piel refrigerada con éxito. Puede usarse a las cinco semanas. Si no se usan suturas, la implantación de la piel sobre el lecho receptor es indolora. Usando piel refrigerada se acorta el tiempo operatorio, si el enfermo está débil, será muy conveniente obtener solamente la piel en el primer tiempo, mejorar luego las condiciones del enfermo por medio de transfusiones y vitaminas, y luego, a los diez o veinte días, cubrir las granulaciones con el injerto sin necesidad de anestésico.

El concepto que más ha contribuído al mejoramiento de los resultados operatorios, ha tenido su origen en el estudio de los cambios histológicos que ocurren durante la evolución de los injertos cutáneos.

Davis y Traute observaron con minuciosidad esos cambios. Ellos establecieron los fundamentos fisiológicos que dilucidan la acción de las células y los vasos, sugiriendo la norma quirúrgica más apropiada, de acuerdo con las necesidades fisiológicas del injerto vivo. De sus observaciones se deduce que el transplante se adhiere al lecho receptor durante las primeras cinco horas de la implantación y que es la fibrina el elemento adherente.

La fibrina forma una lámina delicada debajo del injerto. A ella acuden inmediatamente leucocitos y fagocitos.

La circulación plasmática se establece con rapidez, y suministra el alimento durante las primeras cuarenta y ocho horas.

Del lecho anfitrión surgen numerosas proliferaciones arteriales que atraviesan la fibrina y allegándose al injerto buscan los espacios intersticiales del mismo a los cuales quedan unidos.

El período vascular comienza a las diez y ocho horas. Por medio de la inyección de substancias colorantes, se ha podido comprobar la existencia de diminutos vasos sanguíneos al segundo día, en los injertos epidérmicos, y al tercer día, en los de piel total. Ya, a las setenta horas, se aprecia con claridad la unión circulatoria entre el injerto y el lecho. A los ocho días, la circulación arterial adquiere gran firmeza. El injerto se pone rosado.

La unión fibroblástica comienza a robustecerse para el quinto día, cuando los fibroblastos invaden la capa fibrinosa, adquiriendo buena estabilidad a los catorce días.

Cuando esa laminilla de tejido conjuntivo que le sirve de base al injerto se contrae por su natural contractibilidad, el injerto también se contrae. Esto guarda

relación directa con el resultado estético y funcional.

Si el lecho receptor descansa en una base inmovible, como el tejido óseo, las aponeurosis o el cartílago, la contracción será menor, por la resistencia natural. Ocurre lo contrario cuando la base es blanda y floja.

La grasa subcutánea hace su aparición a los tres o cuatro meses. Disminuye entonces la capa fibrinosa; se borran las infiltraciones celulares; los fibroblastos se alargan, y la nueva piel adquiere motilidad y soltura deslizándose suavemente sobre el tejido subcutáneo.

De estos estudios se deduce que es de vital importancia conservar la más cuidadosa yuxtaposición e inmovilidad entre el injerto y el lecho, para que no se rompan las delicadas arteriolas que cruzan de uno al otro. Al menor desliz estas pueden romperse y al hacerlo invierten el líquido sanguíneo formando hematomas. El injerto pierde entonces todo contacto con su lecho, y le sobreviene la mortificación y la gangrena.

Para mantener esa unión artificialmente, vino en uso el apósito compresor acolchado. Su utilidad ha quedado consagrada por la práctica.

Una nueva observación, sin embargo, ha venido en los últimos dos años a crear un método de unión natural que promete relegar al olvido los apósitos y métodos artificiales mecánicos de sujeción.

Le cupo esta vez la gloria a una mujer. La perspicacia de esta observadora ha surcado el cauce por donde se desborda la contemporaneidad, un torrente caudaloso de investigaciones. Ella ha estimulado, con su descubrimiento, la imaginación de los modernos observadores.

En el Hospital de la antigua Universidad de Temple, mientras actuaba como auxiliar de cirugía en las operaciones sobre injertos cutáneos, la Doctora Machteld E. Sano, observaba con qué abundancia sangraban los enfermos al hacerse la sutura de los bordes. La hemorragia muchas veces entorpecía la ligereza del cirujano. Además, las irregularidades de superficie impedían la acomodación correcta.

Pensó que si en vez de usar la sutura como medio de estabilidad, se pudiera utilizar otro objeto, o sustancia menos cruenta, y de más fácil aplicación, la operación vendría a ser menos engorrosa y más rápida.

En la facultad de anatomía-patológica, ella observaba los cultivos de tejido orgánico.

Este tejido para prosperar necesita estar fijo en el medio del cultivo. El mejor, para ese fin, es el plasma homólogo coagulado que se obtiene mezclando la plasma con una solución amortiguadora de tejido embrionario.

Sano se decide a usar el mismo principio en los injertos. Los practica con éxito en las ratas, y después con algunas modificaciones lo lleva al hombre.

Se observan resultados inauditos.

Se cubre el lecho receptor con una capa de plasma, y la cara profunda del injerto con una mano de extracto leucocitario, y cuando se juntan los dos, la unión es perfecta.

La sutura es innecesaria. Hay bastante firmeza. También es inútil el apósito compresor, y el grado de presión deja de ser un problema.

La circulación de la sangre se establece rápidamente en el injerto. Secciones microscópicas hechas a las cuarenta y ocho horas, ponen en manifiesto numerosas arteriolas, llenas de hematíes en la sustancia propia del injerto. Cuando sus bordes

quedan por encima de los de la herida, se les ve sangrar al segundo día.

El coágulo también alisa la superficie ondulada de las granulaciones, lo cual evita cortarlas, y, a la par que mejora el resultado estético, previene la abundante hemorragia que resulta de dicho acto.

En el curso de las cuarenta y ocho horas el injerto toma un color de púrpura.

En los días sucesivos el color va adquiriendo tonalidades más suaves, hasta que al décimo día se torna rosado, y normal a los catorce.

Zonas de eritema semejantes a las actínicas que aparecen durante este tiempo son inocuas.

Numerosos investigadores confirman los hallazgos de Sano.

El siguiente es un caso ilustrativo: El soldado R. J. L. viene al hospital militar con el conducto auditivo externo completamente cerrado. Se hace la excisión de la cicatriz y se restablece el canal hasta descubrir el tambor. Con el dermátomo de Padgett se toma un trozo de piel de 6 milímetros de espesor y se enrolla en el espéculo del oído. La pared del canal se cubre con una capa de plasma y la superficie profunda del injerto con el extracto leucocitario. El espéculo se introduce dentro del canal auditivo y se retira al cuarto día. El injerto da señales inequívocas de vida y se mantiene sujeto al canal. No hubo contracción, ni angostamiento. El enfermo curó sin inconveniente alguno.

Este enfermo suministró su propio plasma y extracto leucocitario. Antes de la operación se le tomó de la vena mediana cinco centímetros cúbicos de sangre. A ésta se le añadió un milígramo de heparina para evitar la coagulación, y un centímetro cúbico de la solución amortiguadora de Tyrode. La mezcla se centrifugó por veinte minutos. Por medio de una pipeta se extrajo el líquido superficial que es el plasma, y se introdujo en un tubo de ensayo. Sobre los glóbulos rojos se formó una película de leucocitos, que se extrajo con un ganchito de cristal. Esta se depositó en otro tubo conteniendo un centímetro cúbico y medio de la solución de Tyrode. Con unas cuentas de cristal en el mismo tubo, se agita éste, hasta que los leucocitos se desbaratan, y se forma el extracto leucocitario. Durante todo el proceso se observan rigurosamente las reglas de asepsia quirúrgica.

Harris usa el método de Sano con excelentes resultados. En su entusiasmo decide cambiar el tipo de injerto por el homoplástico. Todos se prenden bien; pero sus observaciones no pasan de dos semanas, tiempo demasiado corto para conclusiones definitivas.

Forest Young simplifica aún más el procedimiento usando la trombina comercial en vez del extracto leucocitario. Así evita tener que extraer la sangre del enfermo antes de la operación. La casa de Parke, Davis & Cía. tuvo la amabilidad de cederme una cantidad de fibrina para mis ensayos.

H. S. S. es un joven de quince años, hijo de un sargento que está en el hospital militar. Este joven ha sufrido una caída y pierde por laceración la piel de la mano. Tallo un injerto de piel total de cuatro centímetros de ancho por siete de largo. Uso el plasma homólogo del comercio para pintar la superficie de la herida. Un centímetro cúbico de solución salina isotónica conteniendo mil unidades de trombina se riega cuidadosamente sobre la superficie cruenta del injerto, y este se coloca sobre el lecho. A los pocos segundos se nota que hay adhesión. Sin embargo, como es un lugar tan movible el de la mano me pareció prudente añadir

algunas suturas y poner un vendaje compresor acolchado con una férula inmobilizante. El enfermo se fué el mismo día para su casa y se le dió a tomar sulfadiazina. A los catorce días se le quitó el apósito y el injerto había prendido ciento por ciento. Se le quitaron los puntos y se le puso de nuevo el vendaje y la férula por precaución una semana más, al cabo de la cual fué dado de alta curado.

(*Continuará*)

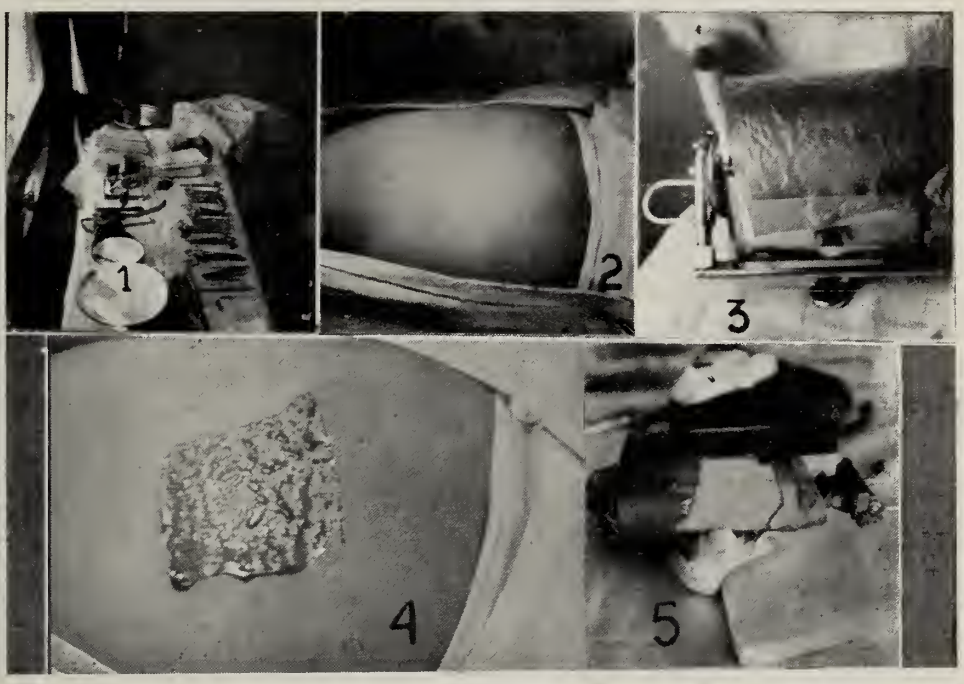


FIGURA I

1. Instrumentos. 2. Zona dadora. 3. Dermátomo de Padgett con el "pliofilm" puesto en el tambor. 4. Aspecto de la zona dadora después de obtenido el injerto con el dermatomo de Padgett. 5. Apariencia del Dermatomo de Padgett sosteniendo el "pliofilm" y el injerto de piel.



FIGURA II

Caso Núm. 1 - T. C. - 1. Contracción cicatricial consecutiva a una gran quemadura. El brazo está completamente pegado al tronco. El cuello ha perdido su contorno. 2. Primer tiempo. El brazo ha sido despegado hasta cerca de la axila. Injerto de piel al tórax usando método de Sano. 3. Parte de la cicatriz del cuello ha sido librada por un colgajo en Zeta. 4. Aspecto de la enferma al presente.



FIGURA III

Caso Núm. 2. - E. N. 1. Cicatrización viciosa consecutiva a una gran quemadura. La pierna completamente pegada al muslo. 2. Primer tiempo operatorio. La pierna ha sido librada a un ángulo de 90 grados. Injerto tubular abdomen. 3. Vista lateral después de la tercera intervención y aplicación del injerto tubular a la región poplítea. 4. Vista de frente. Resultado final. Hay flexión voluntaria de la pierna al andar.



FIGURA V

Caso Núm. 4. 1. Contracción de la cicatriz por quemadura uniendo el brazo al tronco. 2. Después de operada usando un colgajo en Y.

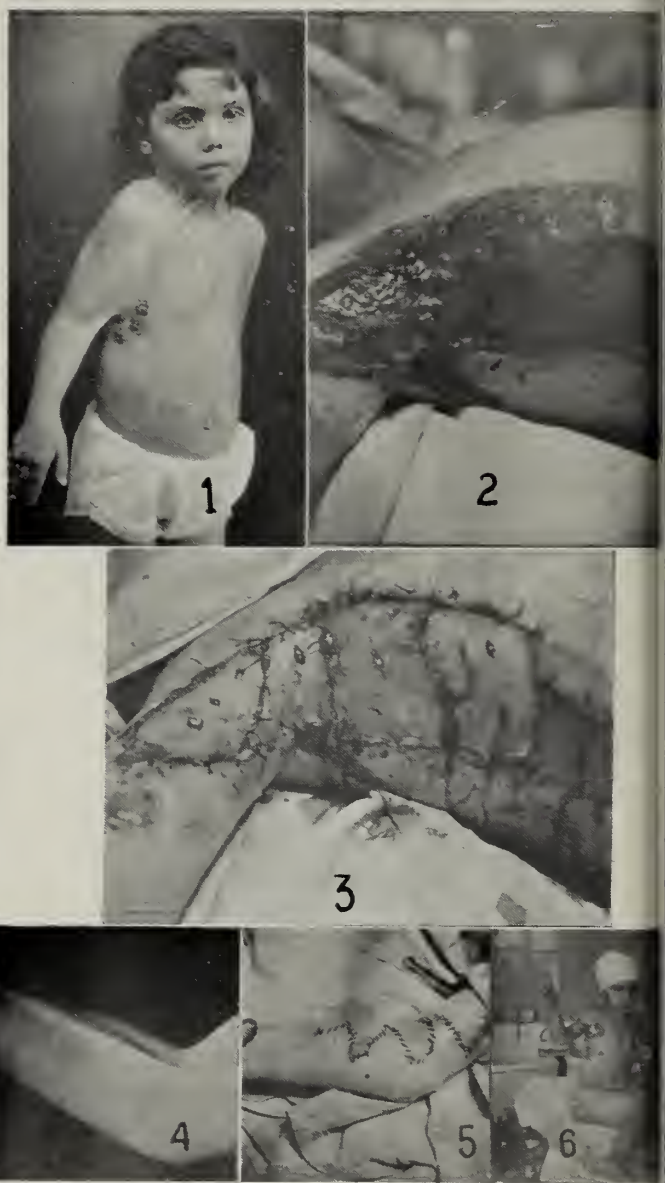


FIGURA IV

Caso Núm. 3. M. N. 1. Aspecto de la quemada después de la curac cicatrización. Nótese la gran banda cicatricial que mantiene el c flexión. 2. Area de granulaciones al separarse el brazo del tórax. jertos intermedios. 4. Gran banda cicatricial que retiene el antebra xionado. 5. La banda del codo ha sido eliminada por un corte en zi 6. Aspecto de la enferma después de haberse prendido los injertos a y cuello.



FIGURA VI

Caso Núm. 5. J.M.M. - 1. Gran cicatriz retiene el brazo a un ángulo de 80 grados. El cuello está pegado al pecho. Injerto tubular para cubrir el área denudada del cuello todavía en el lugar. 2. El brazo libre después de la transplantación de un colgajo en Zeta. El cuello aún tiene un injerto tubular que fué tomado del pecho según puede verse por la cicatriz transversal.

AMPUTACION INTERILIO-ABDOMINAL

A. OLIVERAS-GUERRA, M. D.
Santurce, P. R.

Una intervención de esta naturaleza implica la amputación de la extremidad inferior con parte o con todo el hueso innominado. Está indicada en tumores e infecciones del innominado y de la parte superior del fémur.

Se supone que fué Billroth quien practicó por primera vez esta operación en el año 1889[1]. El paciente murió. En 1894 Jaboulay practicó esta amputación y describió un procedimiento para llevarla a cabo. Otros, entre ellos Girard, Caciopoli, Gabistcheff y Kocher, en Europa; y, Keen, DaCosta, Freeman y Babcock en Estados Unidos, la han popularizado.

DaCosta[2] la llamó una operación formidable; y, de 19 casos de que tuvo conocimiento, 5 se salvaron. J. D. Buxton[3] la cree una intervención de carácter colosal y asegura que hasta 1935 se habían informado 79 casos con una mortalidad de 59%. Babcock tuvo 2 muertes en cinco casos. En Puerto Rico, he tenido ocasión de intervenir en dos casos; en uno, como ayudante del Dr. M. Díaz García, y, en este caso de que me ocupo ahora. Ambos sobrevivieron a la intervención.

Con objeto de asegurar un éxito feliz, Gordon Taylor & Wiles[4] dan las siguientes reglas de seguridad para esta operación:

1.—Cuidado extremado al volver el paciente; debiendo tomarse en consideración que movimientos rudos y exagerados son siempre peligrosos al usarse anestesia intraraquídea.

2.—Una buena provisión de sangre por transfusión.

3.—La resección de la parte posterior del ilíaco es una intervención más simple que la desarticulación sacroilíaca.

4.—Debe reducirse al mínimo la pérdida de sangre y el 'shock' ligando las arterias, y anestesiando los troncos nerviosos antes de su división.

Para evitar pérdida de sangre, Keen[5] aconseja la ligadura de la arteria ilíaca interna extraperitonealmente respetando en este sitio la externa y luego ligando los vasos femorales al cortar los músculos transversalmente.

Babcock[6] obtiene un campo sin pérdida notable de sangre ligando extraperitonealmente la arteria ilíaca externa inmediatamente por debajo de la bifurcación de la primitiva y ocluyendo temporalmente la arteria ilíaca interna.

Por el método de Keen[7] el colgajo se obtiene de la parte superior del tercio medio del muslo. Babcock remueve todo tejido del muslo y reconstruye el muñón con los restos del iliopsoas.

La técnica de Babcock es como sigue:

La incisión anterior se extiende desde 4 cm. más arriba de la espina anterosuperior del ileon encurvándose hasta obtener 8 cm. sobre el centro del ligamento de Poupart y descendiendo hasta 4 cm. por encima del pubis. Esta incisión puede subir más en el medio si la piel está infiltrada o si los ganglios se hallan recrecidos. La parte superior de la piel puede levantarse y desprenderse de la grasa subcutánea. El tejido adiposo, el oblicuo externo y la fascia se desprenden hasta 6 cm. más arriba del ligamento de Poupart donde se incinden los músculos hasta el

peritoneo. Las arterias superficial e inferior epigástricas y las superficial y circunfleja ilíacas profundas se ligan y cortan. E peritoneo se separa del hueso ilíaco hasta una altura más arriba de su entrada a la pelvis, cerca de la bifurcación de la aorta; se reseca entonces cualquier porción del peritoneo que se vea afectada y se sutura enseguida. De no estar afectado, evítese penetrar dentro de la cavidad peritoneal. Si se encuentra tejido afectado por el tumor en esta situación, la operación será más completa, procediéndose a ligar lo más alto posible los vasos y el cordón espermáticos, y llevándose a cabo la castración en el hombre o la excisión alta del ligamento redondo en la mujer. A nivel de la bifurcación de la aorta se separa el tejido areolar y linfático de los vasos y de la pared pelviana. Se liga la arteria ilíaca externa dos veces por debajo de la bifurcación de la ilíaca primitiva, y la arteria ilíaca interna se ocluye temporalmente con pinzas que no causen traumatismo. Después de elevar la pierna para aprovechar la sangre que lleve, se liga la vena ilíaca externa y se corta. Esto hace que la operación pueda llevarse a cabo en un campo casi seco y sin pérdida notable de sangre.

Desde el extremo externo de la primer incisión cutánea, se traza una segunda incisión que llegue al trocánter mayor, se incinde el músculo psoasilíaco, tan alto como sea posible, se separa con su vaina hasta el ligamento de Poupart y hasta entrar en el acetubulo. Colgar la extremidad fuera de la mesa facilita la desarticulación, la que se efectúa, siguiendo la incisión, exponiendo el ciático y cortándolo alto.

Desde el extremo inferior de la segunda incisión cutánea, se traza una tercera incisión que coincida o quede algo más arriba del surco de la nalga y que al llegar al periné, suba anteriormente hasta encontrar el extremo interno de la primera incisión cutánea, sobre el pubis. Los músculos gluteos y los demás de esta región se incinden paralelos, y a 1 cm. más arriba, del corte de la piel, lo que completa la amputación de la extremidad pero dejando el hueso ilíaco proyectándose hacia fuera. Se resecará éste total o parcialmente, de acuerdo con la extensión de la lesión. La resección es mucho más sencilla que la desarticulación sacroilíaca. Si es necesario una desarticulación, se divide la sínfisis con un bisturí, o se secciona el pubis con una sierra, luego se vuelve el hueso hacia la parte externa y se dividen los ligamentos sacroilíacos de adentro hacia fuera. Se ligan los vasos glúteos, ciáticos y púbicos; se libra la arteria ilíaca interna de las pinzas que se usaron al comenzar; los restos del psoasilíaco se aproximan anteriormente y hacia la región inguinal, suturándolos al oblícuo interno y al transversal; se dejan drenajes y se refuerza la línea de puntos, suturando la aponeurosis al oblícuo externo. Se aproxima y se sutura la piel.

Si el tumor no afecta mayormente la pelvis, es preferible amputarla parcialmente a desarticularla, lo que se llevará a cabo como sigue:

Las ramas horizontal y descendente del pubis se amputan en vez de desarticularse. Esto conserva el sitio donde se fija el recto-abdominal que da sostén a las vísceras abdominales. Debe también conservarse el sitio donde se fija el cuerpo cavernoso en el pubis para no privar al paciente del poder sexual, lo que se logra haciendo la amputación de la rama descendente por debajo del cuerpo cavernoso. Esto también nos ahorra tiempo, dificultades y pérdida de sangre. El ileon se corta posteriormente, cerca de la articulación

sacroilíaca desde la cresta hasta el agujero sacrociático.

Este caso que presentamos, tratado en el Hospital de Distrito de Bayamón; es un muchacho de 17 años de edad, blanco, jornalero, del campo, bien desarrollado y de buena nutrición. Su queja principal al ingresar el 14 de marzo de 1945 era dolor fuerte y constante causado por un tumor del muslo derecho. Este tumor tenía entonces 4 semanas y afirma el paciente que sobrevino a consecuencia de una caída de un caballo ocurrida 3 semanas antes de notar el tumor y cuando recibió un golpe en la rodilla y el muslo.

Presentaba el enfermo a su ingreso, una tumoración del tercio medio del muslo derecho, dura al tacto, y que le causaba dolores contínuos y progresivos en intensidad.

Un estudio radiográfico demostró la presencia de un tumor óseo que invadía los tejidos blandos en el tercio medio del muslo; se hizo un diagnóstico radiográfico de posible sarcoma osteogénico.

Se practicó biopsia el día 20 de marzo de 1945; siendo el diagnóstico sarcoma osteogénico del fémur.

El paciente fué sometido a tratamiento de radioterapia profunda, desde el 20 de marzo de 1945 al 25 de abril de 1945.

El 2 de mayo las radiografías tomadas mostraron una aparente mejoría; el tumor había disminuído en tamaño. Los dolores también habían desaparecido. Se recomendó una desarticulación del muslo derecho dentro de 2 semanas.

Cuando se pensaba operar al enfermo, reaparecieron los dolores, y aún se extendieron al abdomen.

La condición general del paciente había empeorado; había perdido peso; sus glóbulos rojos habían bajado de 4,500,000 a 3,180,000 y la hemoglobina de 85% a 59%.

Los ganglios inguino-femorales se notaban recrecidos.

El 7 de junio de 1945 se le administraron 500 cc de sangre citratada, y se sometió a una amputación interilio-abdominal el día 8 de junio bajo anestesia intraraquídea baja, y administrándosele 1,000 cc. de plasma durante la operación.

Se siguió la técnica de Babcock, una de cuyas ventajas es la posibilidad de remover todo el tejido linfático y graso, con los vasos locales, desde la región retroperitoneal hasta el muslo. Se llevó a cabo una resección subtotal del innominado. El paciente toleró bastante bien la operación. Al día siguiente se le administró 1000 cc más de plasma, a falta de sangre citratada.

El curso post-operatorio fué satisfactorio; hubo dolores fuertes hasta que fueron removidos los drenajes 72 horas después de la operación.

El resultado inmediato ha sido de buen éxito. Los dolores han desaparecido y el paciente se halla recuperando el peso perdido rápidamente.

Estos tumores, ósteosarcomas osteogénicos, tienden a reproducirse dentro de 4 a 5 años, después de extirparse el foco primitivo. En el caso presente, los ganglios retroperitoneales e inguino-femorales y los vasos no mostraron estar afectados según examen microscópico.

Se llama osteogénico este tumor, porque se origina de las células óseas cuya función tiene que ver con la formación de hueso, y además por su tendencia a formación de tejido óseo. El sarcoma osteogénico es el tumor óseo más maligno,[8] el más común y el que mayor confusión causa por sus variaciones.



FIGURA I

AMPUTACION INTERILIO-ABDOMINAL
EXPLICACION DEL DIAGRAMA

1 - 2 Primera incisión de la piel
1 - 3 Segunda incisión de la piel
1 - 3¹ - 2Tercera incisión de la piel
3 - 3¹ Porción posterior de la tercera incisión de la piel
A - F Línea de resección ósea
A - B Línea del ilíaco
C - D Línea de la rama horizontal del pubis
E - F Línea de la rama descendente del pubis
1 - H Ligamento de Poupart



FIGURA II
Aspecto post-operatorio del caso

Estos tumores se diseminan mayormente por el torrente sanguíneo, aunque a veces afectan los ganglios linfáticos. Las metástasis al pulmón son frecuentes. En nuestro caso, las radiografías del tórax no las muestran aún. Metástasis a otros huesos son raras.

REFERENCIAS

1.— *Thorek*: Técnica Quirúrgica Moderna; Salvat & Co., Barcelona; Chapter XXIII: 398—399.
2.— *DaCosta*: Modern Surgery, 8th Edition; W. B. Saunders Co.; Philadelphia & London, 1922; Chapter XXXVIII: 1573.
3.— *Rodney Maigot*: Post Operative Surgery: Appleton Century Co., 1937; Vol. III. Part XXIII. Chapter I: 4288.
4— *Gordon Taylor* & *Wiles*: British Journal of Surgery, 1935; Chapter XXII; 88.
5.— *Keen*: Cirugía; Salvat & Co., Barcelona; 1915; Vol. V. Chapter LXX; 862—863.
6.— *W. W. Babcock*: Text Book of Surgery; W. B. Saunders Co., Philadelphia & London, 1930; Chapter XXXI; 660—663.
7.— *Bickham*: Operative Surgery; W. B. Saunders & Co., Philadelphia & London, Vol. I, Chapter X; 651—652.
8.— *Boyd*: Surgical Pathology 2d Edition; W. B. Saunders & Co., Philadelphia & London; 1931, Chapter XXXIV; 803.

TONSILITIS AGUDA: SU TRATAMIENTO CON SUPOSITORIOS RECTALES DE BISMUTO (ANALBIS)

EDUARDO R. PEREZ, M.D.
Guayama, P. R.

En 1934 se publicó el primer trabajo por Monteiro de Brazil recomendando el uso de un compuesto de Bismuto por la vía intramuscular para el tratamiento de las tonsilitis agudas y alegando el autor haber logrado la desaparición de los síntomas en 24 a 48 horas. Otros trabajos aparecieron en la literatura extranjera corroborando los informes de Monteiro.[1] En 1941 el mismo autor publicó en los "Archivos de Otorrinolaringología", número correspondiente a Octubre 1941, su trabajo "El Tratamiento de las tonsilitis agudas por medio de las inyecciones de Bismuto", siendo ésta la primera vez que en los Estados Unidos se dió a conocer este nuevo método de la terapia para las afecciones de la garganta. Al leer este último trabajo empezamos en nuestra práctica privada a usar las inyecciones de Bismuto y estando más familiarizados con el iodobismitol de la Casa Squibb, escogimos este Compuesto. Logramos resultados análogos a los ya informados, pero los inconvenientes que conlleva la Bismoterapia intramuscular, como el dolor e induración persistente en algunos casos y el peligro de formación de abscesos, nos obligó a abandonar este nuevo tratamiento.

Cómo trabaja el Bismuto en las afecciones tonsilares? Aún no se conoce con exactitud la acción farmacológica del Bismuto en las tonsilitis. Los trabajos de Pescetti[2] publicados en los "Archivos de Otorrinolaringología" correspondiente a Dic. 1939 demuestran la invasión rápida de las amígdalas por las sales de bismuto cuando éstas son inyectadas por la vía intramuscular. El informa un número de pacientes a quienes se les inyectó 1 cc de subsalicilato de bismuto en aceite ocho horas antes de ser sometidos a la tonsilectomía y encontró que el tejido tonsilar estaba invadido por bismuto como demostraron los estudios histológicos; y si se administraba la inyección 24 horas con anterioridad a la tonsilectomía, éstas aparecían totalmente invadidas por el bismuto.

Por primera vez nos enteramos del novedoso método para el tratamiento de las tonsilitis agudas por medio de supositorios rectales de una nueva sal de Bismuto, en Noviembre de 1944 cuando nos encontrábamos haciendo estudios post graduados en el New York Postgraduate. Para esa época traté de obtener informes relacionados con los resultados alcanzados pero aún no se había empezado a hacer estudios de esta nueva forma de terapia tonsilar.

En febrero de 1945 después de leer un trabajo de Silber de N. Y. publicado en la revista "Treatment" y anteriormente publicado en "Journal of Pediatrics" de septiembre de 1944, y habiéndonos enterado de las investigaciones de Loweinsten en que se demostró que repetidas aplicaciones de bismuto en forma de supositorios rectales a conejos no causaron irritación local o reacciones tóxicas generales, nos decidimos a darle una prueba a la bismoterapia por la vía rectal. Por ser imposible obtenerlos en Puerto Rico, nos dirigimos a la casa G. F. Harvey Company en Saratoga Springs, N. Y., que son los fabricantes de los supositorios patentados como "Analbis Suppositories" y obtuvimos

una cantidad suficiente para empezar nuestras observaciones.

Los supositorios Analbis se obtienen en dos tamaños, para niños conteniendo un equivalente a 0.0225 gm. de bismuto metálico, y los adultos de 0.045 gm.

La nueva sal de bismuto usada en la elaboración de los supositorios es un compuesto de ácido Heptadienecarbozylico y bismuto.

Nos proponemos presentarles nuestra experiencia en 17 casos, algunos de nuestra práctica privada y otros en la clínica otorrinolaringológica del Hospital Lafayette. Desde un principio nos sorprendió la rapidez en que todos los síntomas clínicos, como la fiebre, malestar general y el dolor local de las tonsilitis, desaparecieron. En siete casos de nuestra serie, a las 24 horas prácticamente todos los síntomas habían desaparecido. No tuvimos necesidad de usar en ningún caso más de dos supositorios. Estos fueron usados con un intervalo de 24 horas entre la inserción del primero y el segundo. En nuestra serie la mayor parte eran niños menores de diez años, solamente tuvimos tres pacientes adultos, pero con resultados similares en todos los casos. Exceptuando a un niño de 4 años de edad que tuvo una enteritis aguda que cedió rápidamente a la terapia adecuada, no observamos síntomas de irritación local ni reacciones tóxicas de ninguna índole.

Tomando en consideración la rapidez con que el dolor, la fiebre y el malestar general desaparecieron y que todos nuestros casos recuperaron totalmente en 48 horas y aún más importante, la total ausencia de síntomas tóxicos o de irritación local en la mucosa rectal, con excepción del caso ya mencionado, creemos y estamos justificados en recomendar esta forma de terapia en las afecciones agudas de tonsilitis, preferentemente, por considerarla más efectiva y sin peligros de reacciones tóxicas que conllevan los sulfanilamidos y sus derivados y los grandes inconvenientes de la administración de la penicilina que sinceramente creemos injustificada su aplicación en casos de tonsilitis aguda, por no ser esta la droga inocente y libre de complicaciones que todos habíamos soñado.

REFERENCIAS

1.— A modern Treatment of Acute Tonsillitis by Injection of Bismuth Compounds —Archives Otolaryngology— Oct. 1941.
2.— Acute Tonsillitis —Joseph Stovin, N. Y.— Archives of Otolaryngology, March 1944.
3.— Bismuth Suppositories (Analbis) on Throat Infection —Journal of Pediatrics— Sept. 1944.
4.— Treatment —February 1945— J. B. Lipincott
5.— Quarterly Review of Otorhinolaryngology and Broncho-Esophagology, Sept. 1944.

NOTA: Con el objeto de dar cabida en esta edición al Directorio Médico de Puerto Rico, hemos suspendido algunas de las secciones permanentes del Boletín. En nuestra próxima edición reanudaremos su publicación.

DIRECTORIO MEDICO DE PUERTO RICO
AÑO 1945

* * *

*Compilado por la Secretaría de la Asociación Médica de Puerto Rico, bajo la supervisión del Dr. O. Costa-Mandry, Secretario del Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico.

DIRECTORIO MEDICO DE PUERTO RICO

AÑO 1945

I — Médicos de Puerto Rico, por orden alfabético.

II — Relación de médicos por pueblos, con indicación de fecha de nacimiento, colegio de medicina, año de graduación, especialidad, etc.

III — Médicos temporalmente fuera de Puerto Rico.

IV — Médicos adscritos a las fuerzas armadas.

MEDICOS DE PUERTO RICO, POR ORDEN ALFABETICO

— A —

ACEVEDO DEFILLO, CARLOS
Army
ACEVEDO, NORBERTO
Navy
ACOSTA, ANDRES
Bayamón
ACOSTA, GUILLERMO
Fajardo
ACOSTA, RAUL R.
Aguadilla
ACOSTA, VELARDE ANTONIO
San Juan
ACOSTA VELARDE, JAIME
Vega Alta
AGUAYO, ROBERTO J.
Bayamón
AGUILU, OSCAR
Army
ALEMANY, CARLOS
San Juan
ALFARO DIAZ, EMILIO
San Juan
ALFARO DIAZ, FELIX
San Juan
ALONSO CAIÑAS, FIDEL
Ponce
ALONSO, JOSE J.
San Juan
ALONSO, MIGUEL
Estados Unidos
ALMODOVAR, RAMON J.
Cabo Rojo
ALUM PEREZ, JOSE
San Juan
ALVAREZ, LUIS
Bayamón
AMADEO, JOSE A.
Aibonito
AMOROS, LUIS A.
Estados Unidos
AMSTUTZ, CLAIRE
Aibonito
ANTOMMATTEI, ARMANDO
Yauco
ANTOMMATTEI, RAUL
Aguadilla
AÑESES ARRACHE, JOSE
Río Piedras
ARANA SOTO, SALVADOR
San Juan
ARANDES REXACH, E.
Río Piedras
ARBONA, ANTONIO
San Juan
ARBONA, GUILLERMO
San Juan
ARENA, NICOLAS
Río Grande
ARMSTRONG, ROBERT T.
Estados Unidos
ARRACHE, PLACIDO
Aguadilla
ARRARAS, JOSE ENRIQUE
Mayagüez
ARRILLAGA TORRENS, R.
Manatí
ARRUZA PEREZ, JUAN
San Juan
ARSUAGA ROURE, LORENZO
Army
ASENCIO CAMACHO, FERNANDO
Bayamón
ASTOR, MANUEL A.
San Juan
AUBRAY, JOSE
Canóvanas
AVILES PEREZ, JUAN
Lares
AVILES, JACINTO
Estados Unidos
AYBAR, JOSE A.
Army
AYALA, RAFAEL
Arecibo
ARZUAGA, RAFAEL
Fajardo

— B —

BABCOCK, LEVIS C.
San Juan

Nota: En esta sección se incluyen los nombres de todos los médicos, sin señalar su status en cuanto al Tribunal. Dichos datos aparecen en la segunda sección.

BAJANDAS, JUAN G.
Caguas
BALASQUIDE, LORENZO A.
Ponce
BARALT, MANUEL M.
Arecibo
BARBOSA, GUILLERMO
San Juan
BARRERAS, JENARO
Caguas
BARRERAS, MARIA CRISTINA
San Juan
BARTOLOMEI, LUIS
Ponce
BASORA DEFILLO, J.
Army
BAYONET, NATALIO
Army
BELAVAL, JOSE S.
San Juan
BELTRAN, JUAN M.
Army
BERGNES, GUSTAVO
Río Piedras
BERIO SUAREZ, FRANCISCO
San Juan
BERIO SUAREZ, JOSE
San Juan
BERNABE, ADOLFO
San Juan
BERNABE, RAFAEL
San Juan
BERNAL Y DEL RIO, VICTOR
Arecibo
BERRIOS, MANUEL B.
Humacao
BERRIOS BERDECIA, RAMON
Baranquitas
BIAGGI, HIPOLITO
Arecibo
BIAMON, LUIS L.
San Juan
BIASCOECHEA, DIEGO A.
San Juan
BIERLEY, JOHN R.
Navy
BIRD, JORGE
San Juan
BLADUELL, HECTOR A.
San Juan
BLANCO, RAFAEL A.
Army
BLANCO, TOMAS
San Juan
BLANES, RAFAEL A.
San Juan
BLASINI, F. J.
Yauco
BOCANEGRA, LOPEZ, E. N.
San Juan
BONELLI, FRANCISCO
San Juan
BONELLI, PABLO
San Juan
BOND, ELWOOD M.
San Juan
BONETA, FERNANDO P.
Cataño
BORRAS, BARTOLOME
Estados Unidos
BOU ALFREDO L.
San Juan
BOU, ALFREDO V.
Río Piedras
BOU, GABRIEL S.
Manatí
BOU LOPEZ, JOSE
Army
BUNKER, REX
Bayamón
BUSQUETS, ANTONIO R.
Army
BUSQUETS, JR., SALVADOR
Fajardo
BUSO, CARRASQUILLO, ROBERTO
Army
BUXEDA, ANGEL R.
Army
BUXEDA, FERNANDO L.
Río Piedras

— C —

CABALLERO, MARIANO B.
San Juan
CABALLERO, MARIANO C.
San Juan
CABAN, EDELMIRO J.
Mayagüez
CABRERA, FERNANDO
Army
CADILLA, ARTURO
Arecibo
CALDERON, AUREO
Army
CALDERON, E.
Luquillo
CAMPOS DEL TORO
San Juan

CANINO, ESPERIDION
Aibonito
CANINO PONT, FERNANDO M.,
Army
CAPO, FRANCISCO J.
San Juan
CARDONA, GUILLERMO
Maunabo
CARDONA, JOSE NESTOR
Army
CARDONA, JUAN P.
Salinas
CARDONA, NESTOR DE
Aguadilla
CARLO, ENRIQUE
Río Piedras
CARMONA, MANUEL G.
Army
CARRASQUILLO, H. F.
San Juan
CARRASQUILLO, MODESTO
Army
CARRERA, GUILLERMO M.
Estados Unidos
CARRERA, MANUEL G.
Fajardo
CARRERA JR., MANUEL
Army
CARRION, ARTURO L.
San Juan
CASALDUC, F. J.
Mayagüez
CASANOVA ANTONIO, J.
Villalba
CASANOVA DIAZ, JOSE R.
Army
CASANOVA DIAZ, SANTIAGO
Army
CASHION, MARVIN S.
USPHS
CASO, HILARIO
Comerío
CASO, JOSE B.
San Juan
CASTAING, PEDRO A.
Ponce
CASTAÑER, ALBERTO
Aguadilla
CASTILLO, JOSE J.
Caguas
CASTRO, CARLOS M. DE
Army
CASTRO DE GONZALEZ, PROVIDENCIA
San Juan
CESTERO, ANGEL R.
Bayamón
CHAVES, JOSE
Army
CHICO, HERNAN G.
San Juan
CHIQUES, CARLOS M.
Army
CINTRON, MIGUEL
Army
CINTRON MOTTA, JULIO
Utuado
CLAVELL, JUAN E.
Ponce
CLAVELL, LUIS C.
Ponce
COBIAN ALVAREZ, JOSE B.
Guayanilla
COCA MIR, RAFAEL
San Juan
COLL Y CUCHI, VICTOR
San Juan
COLON, ANGEL BENICIO
Naranjito
COLON, JULIO E.
San Juan
COLON BONET, JUAN
Army
COLON DAVILA, JORGE A.
Army
COLON, RAFAEL
Arecibo
COLON, RAMON T.
Río Piedras
COLON RIVERA, EGIDIO E.
Army
COLON RIVERA, WILFREDO
Army
COLON ROMAN, J.
Mayagüez
CONDE, PEDRO
Sabana Grande
COMAS, ARSENIO
San Juan
COOPER, ALEXANDER, T.
San Juan
CORDERO, JERAMFEL
San Juan
CORDERO PEREZ, RICARDO
Patillas
CORREA, JOSE F.
San Juan

CORTES QUINTANA, MANUEL
Arecibo
COSTA MANDRY, OSCAR
San Juan
COSTAS DIAZ, JAIME L.
Ponce
COSTAS DURIEUX, JAIME L.
Ponce
COSTAS PURCELL, E.
Ponce
CRESCIONI, DOMINGO
Orocovis
CUCHI, COLL, ENRIQUE
San Juan
CUELLO LEOVIGILDO
Mayagüez
CUMPIANO, EMILIO
San Juan
CURBELO, PABLO G.
San Juan

— D —

DALMAU, MIGUEL
Army
DAUGHERTY, JOHN W.
Aguadilla
DAVIS, LEONCIO T.
Vieques
DAVILA, BASILIO
Río Piedras
DAVILA, JOSE E.
Río Piedras
DAVILA BORIA, JULIO E.
Army
DAVILA LOPEZ, JOSE E.
Army
DIAZ ATILES, A.
Navy
DIAZ BONET, LUIS A.
Army
DIAZ RIVERA, RURICO S.
San Juan
DIEGO, MANUEL DE
Army
DIEZ GUTIERREZ, E.
Army
DIEZ RIVAS, FEDERICO
Army
DOMINGUEZ, CARLOS
Estados Unidos
DOMINGUEZ, CESAR
Humacao
DOMINGUEZ, RAFAEL H.
Army
DOMINGUEZ, TOMAS
Guayama
DUNSCOMBE, C. W.
Mayagüez
DUNSCOMBE, W. C.
Estados Unidos
DURAND, PEDRO J.
Bayamón

— E —

ECHEVARRIA, ARTURO L.
Aguadilla
ELLIS CAMBIASO, FEDERICO
Caguas
ENCARNACION, CARLOS
Cabo Rojo
ESCALANTE, GRACO
Cidra
ESPINOSA ROBLEDO, MANUEL
Río Piedras
ESTELLA ENTRALGO, HONORATO
Estados Unidos
ESTRADA, ISABEL
San Juan

— F —

FALAGAN, LUIS
Mayagüez
FAS FAGUNDO, NAYIP
Mayagüez
FERNANDEZ CERRA, EUGENIO
Army
FERNANDEZ FUSTER, M.
San Juan
FERNANDEZ GARCIA, E.
Río Piedras
FERNANDEZ, LUIS J.
San Juan
FERNANDEZ MARCHANTE, R.
San Juan
FERNANDEZ MARINA, R.
Estados Unidos
FERNANDEZ, MARIO C.
Río Piedras
FERNANDEZ, RICARDO F.
San Juan
FERNANDEZ VALDES, ANTONIO
Ciales
FERNOS ISERN, A.
San Juan

FERRAIUOLI, BLAS
Army
FERRAIUOLI, FRANCISCO
San Juan
FERRAIUOLI, JOSE
Army
FERRER, JOSE C.
San Juan
FERRER, REINALDO A.
Fajardo
FERRER DELGADO, TOMAS
Mayagüez
FERRER SANTANA, RAFAEL E.
Cataño
FIGUEROA, LEOPOLDO
San Juan
FINCH, CARLOS N.
Fajardo
FIOL BIGAS, JOSE
Army
FIRPI JR. MIGUEL A.
Army
FLAX, JACOB
San Juan
FONT, J. H.
San Juan
FONT SUAREZ, VICENTE
San Juan
FORASTIERI, J.
Caguas
FOSSAS, MANUEL
Bayamón
FRANCESCHI, ANDRES
San Juan
FRANCESCHI, FRANCISO
San Juan
FRANCESCHI JULIA, J. J.
Humacao
FRANCISCO, ROBERTO
San Juan
FREEDMAN, NORTON S.
San Juan
FRIAS, MANUEL A.
San Juan
FRANCO, J. A.
Río Piedras
FUERTES, JOSE R.
San Juan
FUSTER, JAIME L.
Guayama

— G —

GALLARDO DIAZ, J. A.
San Juan
GANDARA, JOSE N.
San Juan
GARAU, SAMUEL
San Juan
GARCES, JULIO A.
San Juan
GARCIA, DAVID E.
Río Piedras
GARCIA, HERMINIO D.
Hatillo
GARCIA BIRD, JORGE
San Juan
GARCIA BLANCO, JOSE P.
Army
GARCIA CABRERA, E.
San Juan
GARCIA CASTILLO, A.
Army
GARCIA DE QUEVEDO, JACINTO
Arecibo
GARCIA DE QUEVEDO, LUIS
Río Piedras
GARCIA DE QUEVEDO, MANUEL
Arecibo
GARCIA DE QUEVEDO, ORLANDO
Lajas
GARCIA DE LA TORRE, FELIX
Army
GARCIA ESTRADA, MANUEL
Guaynabo
GARCIA MERCADO, L.
Army
GARCIA SOLTERO, A.
Guayama
GARCIA UBARRI, A.
Bayamón
GARRIDO COLLAZO, J.
Río Piedras
GARRIDO MORALES, E.
Santurce
GARRIDO MORALES, M.
Estados Unidos
GATELL, PALMIRA
San Juan
GELABERT, JOSE
Army
GELPI, WILLIAM P.
Army
GELPI, WILLIAM R.
Ponce
GIL, JULIO A.
Las Marías
GIL RIVERA, R.
Army

GLINES, WALTER A.
San Juan
GODINEZ, MARCOS A.
Navy
GODREAU, MIGUEL F.
Ponce
GONZALEZ, BENIGNO T.
San Juan
GONZALEZ, CARLOS
Río Piedras
GONZALEZ, FREDERICK JOAQUIN
Army
GONZALEZ, HECTOR M.
Humacao
GONZALEZ, J. F.
Mayagüez
GONZALEZ, LUIS M.
Río Grande
GONZALEZ, PLACIDO OSVALDO
Fajardo
GONZALEZ FLORES, J. R.
Ponce
GONZALEZ GIUSTI, J.
Army
GONZALEZ MARTINEZ, ISAAC
San Juan
GONZALEZ MENA, ARTURO
Río Piedras
GONZALEZ OLMO, MODESTO
Utuado
GONZALEZ RAMIREZ, LUIS
Bayamón
GORLIN, PHILIP
Army
GOWE, DONALD, F.
Ponce
GOYCO, OSVALDO
Ponce
GRAULAU, LUIS M.
Barceloneta
GUARCH DE FLAX, JOSEFINA
San Juan
GUIJARRO COBIAN, ANTONIO
Army
GUTIERREZ ORTIZ, VICTOR
Bayamón
GUZMAN, LUIS R.
Estados Unidos
GUZMAN RODRIGUEZ, MANUEL
Army

— H —

HAUGH, DONALD C.
Army
Helfrich, Francis W.
Adjuntas
Helfrich, Sylvia
Adjuntas
HERETER, JORGE A.
Army
HERNANDEZ DEL VALLE, PEDRO
Isabela
HERNANDEZ MATOS, J.
Army
HERNANDEZ MORALES, F.
San Juan
HERNANDEZ RIVERA, J. A.
Estados Unidos
HERNANDEZ USERA, VICENTE
Navy
HERRERO, BLAS C.
Estados Unidos
HESS, ROBERT
Ponce
HING, WILLIAM
Army
HOMEDES, JUAN
Río Piedras
HONORE, SABAS
Ciales
HOSTOS, EUGENIO M. DE
Army

— I —

IGARTUA, GREGORIO
Aguadilla
IGARTUA CARDONA, SUSANA
Aguadilla
IGUINA, JOSE A.
Vega Baja
IGUINA, M. A.
Bayamón
IRIZARRY, BENITO A.
Arecibo

— J —

JANER, FERNANDO H.
Río Piedras
JANER, MANUEL
San Juan
JANER PALACIOS, ANA
Río Piedras
JESUS, FRANCISCO R. DE
Ponce
JIMENEZ, JOSE D.
Río Piedras

JIMENEZ LOPEZ, ROBERTO J.
Army
JIMENEZ TORRES, CARLOS
Army
JONES, JAMES EARL
Guánica
JORDAN, OCTAVIO
San Juan
JUAN, ABEL DE
San Juan
JUAN, FERNANDO DE
San Juan
JULIA, CARLOS M.
Army
JULIA, MARIO
Río Piedras

— K —

KODESH, J. B.
Estados Unidos
KOPPISCH, ENRIQUE
San Juan
KRAFT, GEORGE L.
Navy

— L —

LACOT SALGADO, ANTERO
Fajardo
LACOURT, LUIS L.
Army
LANDRON, DANIEL
Army
LANDRON, JOSE
San Juan
LANAUSSE ROLON, J. A.
Ponce
LANG, ALBERT
San Juan
LANGE, R. U.
Mayagüez
LARA GARCIA, J. J. DE
Caguas
LASTRA CHARRIEZ, JUAN
Caguas
LASSISSE RIVERA, A.
Mayagüez
LASSISSE RIVERA, E
Sabana Grande
LAUGIER, AGUSTIN R.
San Juan
LAVANDERO, RAMON
San Juan
LEDESMA DIAZ, FRANK
Army
LERGIER, JOSE E.
Army
LICHA, SALOMON
Army
LIPPITT, WILLIAM F.
San Juan
LOCKHART CORDERO, A. H.
Ponce
LOPEZ ELIAS, FRANCISO
Army
LOPEZ, HILTON L.
Salinas
LOPEZ MORALES, HIRAM
Comerío
LOPEZ, JOSE A.
Cayey
LOPEZ DE LA ROSA, L.
San Juan
LOPEZ SANABRIA, ULISES
Army
LUIGI, J. E.
Carolina
LLANO, JOSE MANUEL DEL
Río Piedras
LLOBET, RAMON E.
Río Piedras
LLUVERAS, BLANCA
Aguadilla

— M —

MADURO, LUIS G.
Gurabo
MAESO, MANUEL
Arecibo
MAGRIÑA, RAMON
Bayamón
MAINARDIE, LUIS E.
Jayuya
MALARET, PEDRO
Río Piedras
Maldonado, Consuelo
Aguadilla
MALDONADO, EDUARDO D.
Río Piedras
MALDONADO QUIÑONES, RAFAEL
San Juan
MALDONADO QUIÑONES, RAMON
Estados Unidos
MARCHAND, ANGEL M.
San Juan

MARCHAND, ERNESTO JUAN
Army
MARCHAND, JUAN R.
Army
MARCHAND, JUAN S.
Manatí
MARCHANY, ANTONIO
Utuado
MARIANI, MIGUEL A.
San Juan
MARQUES, GUILLERMO
Arecibo
MARQUEZ, FRANCISCO A.
Aguadilla
MARQUEZ TORRES, JOSE
Aguadilla
MARRERO, HECTOR M.
Caguas
MASSANET, CARLOS
Río Piedras
MARTINEZ, BRAULIO
Army
MARTINEZ, HECTOR R.
Army
MARTINEZ, JOSE ANGEL
Arecibo
MARTINEZ ALVAREZ, A.
San Juan
MARTINEZ, ERNESTO C.
Bayamón
MARTINEZ, ERNESTO J.
Río Piedras
MARTINEZ RIVERA, E.
Río Piedras
MARTINEZ RODRIGUEZ, J.
San Juan
MARTY PEREZ, R.
Mayagüez
MATTA, ENRIQUE
Fajardo
MATTA JR., ENRIQUE
Army
MATTEI SEMIDEI, TITO
Yauco
MAYMI, JOSE R.
San Juan
MEDINA, SAMUEL F.
Fajardo
MEJIAS, FRANCISCO J.
San Juan
MEJIA RUIZ, RAYMOND
Humacao
MELENDEZ, ANDRES S.
Bayamón
MELENDEZ, MANUEL
Bayamón
MELENDEZ, PEDRO C.
Arecibo
MELENDEZ SANTIAGO, JUAN
Estados Unidos
MENDEZ, CEFERINO
San Juan
MENDEZ DE CASHION, DOLORES
San Juan
MENDEZ, NESTOR H.
Army
MENDIN SABAT, JOSE
San Juan
MENDEZ CORRADA, RODRIGO
Army
MENENDEZ MERCADO, J.
Río Piedras
MERCADO, CLEMENTE
San Juan
MERHOFF, A. G.
Bayamón
MILAN, ENRIQUE
Aguadilla
MIMOSO, JUAN
San Juan
MIRANDA, ANGEL N.
Army
MOCZO, LUIS R.
San Juan
MOLINARY, JOSE G.
San Juan
MONTALVO, ANDRES
Humacao
MONTALVO DURAND, LUIS
Juncos
MONTALVO GUENARD, A.
San Juan
MONTALVO GUENARD, J. L.
San Juan
MONTENEGRO, JOSE D.
San Juan
MONTILLA, EDUARDO
San Juan
MONTILLA, VICTOR J.
San Juan
MONSERRATE, FERNANDO L.
Army
MORA DE NOCHERA, MARIA T.
Mayagüez
MORA VAHAMONDE, RAMON
San Juan
MOORE, CHARLES
Mayagüez

MORENO, NARCISO
San Juan
MORALES RUIZ, J. S.
Bayamón
MORALES, JUAN ENRIQUE
Army
MORALES, LUIS ALBERT
Army
MORALES, LUIS MANUEL
San Juan
MORALES MUÑOZ, M.
San Juan
MORALES OTERO, PABLO
San Juan
MUDAFORT, MIGUEL
Army
MUDAFORT, SARKIS, M.
Dorado
MUGRAGE, RALPH M.
Navy
MUNDO, FRANCISCO E.
San Juan
MUJICA, AGUSTIN
San Juan
MUÑOZ DIAZ, G.
Aguas Buneas
MUÑOZ MACCORMICK, CARLOS E.
San Juan
MUÑOZ, JUSTO LUIS
Ponce
MUÑOZ VAZQUEZ, RAFAEL
Juana Díaz
MUSSENDEN, BORINQUEN
San Juan
MYER, EVERETT
Adjuntas

— N —

NADAL, HECTOR
Army
NADAL GRAU, J.
Añasco
NAVARRO, FELIX A.
Fajardo
NAVAS TORRES, A.
San Juan
NOVOA CABALLERO, MIGUEL M.
Army
NIEVES COLON, J.
Cayey
NOCHERA, DOMINGO
Mayagüez
NOGUERAS, JUAN J.
Santurce
NOYA BENITEZ, J.
San Juan

— O —

OLIVER, G.
Army
OLIVERAS GUERRA, A.
San Juan
OLIVELLA, JAIME
Fajardo
OMS, LUIS R.
Army
ORPI, PEDRO
San Juan
ORTIZ, ANTONIO
San Juan
ORTIZ, IDALIA
San Juan
ORTIZ GUZMAN, G.
San Juan
ORTIZ ROMEU, A.
San Juan
OTERO LOPEZ, A.
Manatí

— P —

PACHECO, LUIS ARNALDO
Arecibo
PADRO, FERNANDO
Army
PALMER LOPEZ, A.
Army
PALMIERI, JULIO
Arroyo
PALOU, PEDRO J.
Humacao
PANIAGUA, MANUEL A.
San Juan
PANZER, RALPH P.
Army
PARDO, MIGUEL A.
San Juan
PARES, AMALIA
San Juan
PARKER, DARYL M.
San Juan
PASSALACQUA, J. R.
San Juan
PASSALACQUA, LUIS A.
Army
PASTOR, AMADO
Río Piedras

PAVIA FERNANDEZ, M.
San Juan
PELEGRINA, MIGUEL
Utuado
PENDLETON, ADALINE
San Juan
PEÑA, JOSE A.
Cayey
PEÑA, SERGIO S.
San Juan
PEREA, AUGUSTO
Mayagüez
PEREA, LUIS R.
Army
PEREA, NELSON
Mayagüez
PEREZ, EDUARDO R.,
Guayama
PEREZ, JOSE ANTONIO
Army
PEREZ MARCHAND, DOLORES
Ponce
PEREZ RIBIE, RAMBERTO
Ponce
PEREZ SANTIAGO, ENRIQUE
Army
PEREZ TOLEDO, A.
Cabo Rojo
PICO, GUILLERMO
Estados Unidos
PICO, JOSE
San Juan
PIETRI, AGUSTIN
Ponce
PILA IGLESIAS, MANUEL DE LA
Ponce
PIÑERO, DOLORES M.
San Juan
PIÑERO FERNANDEZ R.
Estados Unidos
PLA, J. SALVADOR
San Juan
PRATT, C.
San Juan
POLANCO GONZALEZ, J.
San Juan
PONS, CARLOS
Army
PONS, JUAN A
San Juan
[illegible] FRANCISCO
[illegible]
[illegible]A. R E
[illegible]ón

PORRATA DORIA, RAFAEL
Army
PORTERFIELD, J. D.
USPHS
POTTS, A. W.
Luquillo
POU VALLDEJULI, J.
Navy
PREHEIM, V.
Aibonito
PRIETO, EZEQUIEL
Caguas
PRESSLY, J. M. S.
Estados Unidos
PUJADAS DIAZ, MANUEL
San Juan

Q

QUEVEDO BAEZ, MANUEL
San Juan
QUILICHINI, CARLOS A.
Ponce
QUINTERO, ERNESTO
San Juan
QUIÑONES, EDGARDO
San Germán
QUIÑONES, JESUS M.
San Juan
QUIÑONES, NORBERTO
San Juan
QUIÑONES JIMENEZ, FRANK
San Juan
QUIÑONES JIMENEZ, NICOLAS
San Juan
QUIÑONES JIMENEZ, JR., NICOLAS
San Juan

R

RAFUCCI ARCE, FRANCISCO
Army
RAMIREZ, ARQUELIO
San Germán
RAMIREZ, ELI A.
Army
RAMIREZ, RAMON E.
Navy
RAMIREZ, URBANO
San Juan
RAMIREZ CUERDA, T.
San Juan
RAMIREZ DE ARELLANO, MAX
Army

RAMIREZ SANTOS, R.
Río Piedras
RAMIREZ SMITH, KENNETH
Army
RAMOS CASELLAS, PEDRO
San Juan
RAMOS ELVIRA, ENRIQUE
Río Piedras
RAMOS LEBRON, J.
Fajardo
RAMOS MIMOSO, J. R.
Bayamón
RAMOS OLLER, A.
San Juan
RAYMOND, FELIX A.
Canóvanas
RECHANY, JOSE E.
Army
REICHARD, WILLIAM
San Juan
REILLY, PHILLIP M.,
Ponce
REINHARDT VALCOURT, ALICE
Río Piedras
REYES, ANTONIO R.
San Juan
REYES, FELIX M.
Bayamón
RICHARD, ANDREW J.
Ponce
RIERA LOPEZ, S.
San Juan
RIGAU, GABRIEL
Yauco
RIFKINSON, NATHAN
Estados Unidos
RINCON, VICTOR
Humacao
RIO, JUAN DEL
Guaynabo
RIOS, RAMON A.
San Juan
RIVERA, PASCUAL A.
Vega Baja
RIVERA, RAFAEL
Caguas
RIVERA, RAFAEL M.
Estados Unidos
RIVERA, RAUL R.
Lajas
RIVERA APO[illegible]
Army
RIVERA AROMI, VIRGILIO
Ponce
RIVERA AULET, RAFAEL
Arecibo
RIVERA BRUNO, HECTOR
Arroyo
RIVERA DE DIAZ, MARIA ELISA
Río Piedras
RIVERA LUGO, CARLOS
Cayey
RIVERA LUGO, ILDEFONSO
San Juan
RIVERA OTERO, J. M.
Río Piedras
ROBERT, JOSE S.
Army
ROBERT DE ROMEU, M.
San Juan
ROCA, JULIO C.
Yauco
RODRIGUEZ, CALIXTO
Ponce
RODRIGUEZ, EDITH Z.
San Juan
RODRIGUEZ, ELVIRA
Ponce
RODRIGUEZ, JUAN C.
Bayamón
RODRIGUEZ BUXO, R.
Manatí
RODRIGUEZ EMA, M.
San Juan
RODRIGUEZ FORTEZA, FELIX
San Sebastián
RODRIGUEZ MOLINA, R.
Army
RODRIGUEZ OLMO, JULIO
Arecibo
RODRIGUEZ OLLEROS, A.
Río Piedras
RODRIGUEZ PASTOR, J.
San Juan
RODRIGUEZ PEREZ, DAVID
Estados Unidos
RODRIGUEZ PEREZ, E.
Army
RODRIGUEZ PEREZ, M.
Navy
RODRIGUEZ QUIÑONES, J. M.
Arecibo
RODRIGUEZ ROSADO, SAMUEL
Fajardo
RODRIGUEZ ROSARIO JESUS M.
Ponce

ROJAS, ELI S.
San Juan
ROJAS DAPORTA, DULCIDIO
Army
ROLENSON, JULIO R.,
San Juan
ROLDAN, AMALIO
Río Piedras
ROMAN BENITEZ, M.
Luquillo
ROMEU ORTIZ, E.
Cabo Rojo
ROSADO LEON, B.
Ponce
ROSSELLO, JUAN A.
USPHS
ROURE, JOSE ANGEL
Army
ROURE, VICENTE
Cidra
ROVIRA PALES, CARLOS
Bayamón
ROVIRA PALES, JOAQUIN
Army
RUIZ, OSCAR A.
Arecibo
RUIZ CESTERO, GUILLERMO
San Juan
RUIZ DE PORRAS, F.
Juncos
RUIZ NAZARIO, RAMON
San Juan
RULLAN, ANTONIO
Army
RULLAN, PEDRO JUAN
San Juan

— S —

SABATELLE, PETER
San Juan
SABATER, JUAN
San Juan
SALA, MIGUEL
Arecibo
SALAS, ANDRES
Army
SALAZAR, GUILLERMO
Ponce
SALAZAR Y RIVERA, ANDRES
Army
SALAZAR, JOSE
Salinas
SALIVIA, LUIS A.
Río Piedras
SANCHEZ ESCOBAR, A.
Mayagüez
SANABRIA, NICOLAS
San Germán
SANCHEZ, LUIS A.
Aguadilla
SANCHEZ, MAX D.
Juana Díaz
SANCHEZ CASTAÑO, F.
Vega Baja
SANCHEZ FERRERI, J. M.
San Juan
SANCHEZ SANCHEZ, JOSE A.
Aibonito
SANCHEZ, JOSE M.
Adjuntas
SANJURJO, LUIS A.
Army
SANTAELLA, ALVARO
Ponce
SANTANA NATER, A.
San Juan
SANTIAGO STEVENSON, D.
USPHS
SANTIAGO SANTOS, MANUEL
Caguas
SANTOS, JULIO A.
Arecibo
SANTOS, LEANDRO
Ponce
SANTOS TEJEDOR, JUAN
Army
SANTOS TIO, LUIS F.
Mayagüez
SCARANO, CATALINA
Ponce
SCHWARTZ, GUSTAVO
Bayamón
SERRANO, JENARO
Army
SEDA MORALES, RUBEN
Fajardo
SEGARRA, ELIAS C.
San Juan
SEIN, JOSE A.
San Juan

SEÑERIZ, R. H.
Río Piedras
SERRA CHAVARRY, J.
San Juan
SERRA, AMERICO
Ponce
SERRA, ROBERTO
Arecibo
SHEPLAN, LEON
Arecibo
SHINNICK, THOMAS L.
USPHS
SICARD, GREGORIO
Guayama
SIFRE, RAMON J.
San Juan
SILVA, EURIPIDES
Army
SILVA NAVARRO, A.
Camuy
SILVA TORRES, EDGARDO
Army
SIMONET, JACOBO
San Juan
SKERRETT, VICTOR
San Juan
SLAGLE, T. D.
Navy
SMITH, CONRAD WARREN
Arecibo
SMITH, JACOB
Navy
SNYDER, LAWRENCE
Bayamón
SOBRINO, JOSE
Aguadilla
SOTO RAMOS, JOSE
Río Piedras
SOTO RIVERA, M.
San Juan
SPRINGER, ARTHUR L.
USPHS
STOKES, ROY J.
Navy
SUAREZ, JENARO
San Juan
SUAREZ, RAMON M.
San Juan
SUAREZ, RAMON MIGUEL
Bayamón
SUGRAÑEZ, JOSE C.
Army
SUSONI, ANTONIO H.
Arecibo
SUSONI, FRANCISCO M.
Arecibo

— T —

TALAVERA, DAMASO
Coamo
TIMOTHEE, CARLOS
San Juan
TIMOTHEE, RAFAEL
Río Piedras
TOMASINI, MARIO J.
Río Piedras
TORRES AGUIAR, LUIS
Navy
TORRES CINTRON, J.
Río Piedras
TORRES GOMEZ, JOSE M.
Army
TORRES OLIVER, LUIS J.
Army
TORREGROSA, ARTURO
San Juan
TORO, JORGE DEL
San Juan
TORTORELLI, AUGUST
Río Piedras
TORRUELLAS, SEVERO
Caguas
TRELLES DE VAZQUEZ, BLANCA
San Juan
TRELLES, LAUREANO
San Germán
TRENT, S.
San Juan
TRILLA, EMILIO
Army
TRILLA, FEDERICO
Carolina
TROCHE DE MEJIA, CARMEN
Humacao
TROYER, C
Aibonito

U

UMPIERRE, RAMON C.
Estados Unidos

V

VADI, EMILIO
San Juan

VALDES, MANUEL L.
Corozal
VALDES, RAMON M.
Salinas
VALLE, HECTOR M.
Army
VALLECILLO, ARSENIO
San Juan
VALLECILLO, FERNANDO
Río Piedras
VALLECILLO, LUIS A.
Cayey
VALIENTE, MIGUEL A.
Army
VARGAS ROSADO, PEDRO
USPHS
VAZQUEZ, HECTOR O.
Army
VAZQUEZ MILAN, HIRAM
San Juan
VAZQUEZ VELEZ, J. A.
Ponce
VAZQUEZ, JOSE HONORIO
Aguadilla
VAZQUEZ, RAFAEL S.
Manatí
VEGA, LUIS B. DE LA
Army
VELAZQUEZ, FEDERICO
Estados Unidos
VELAZQUEZ, RAFAEL
Bayamón
VELEZ, FEDERICO M.
Army
VELEZ, MODESTO
Santa Isabel
VERGNE CASTELO, RAMON
Arecibo
VEVE, FRANK
Army
VEVE CARRILLO, JUAN
Fajardo
VEVE, MIGUEL
Yabucoa
VILA, JOSE L.
Army
VILAR, RAFAEL A.
San Juan
VILLAFAÑE, JOSEFINA
San Juan
VILLAMIL, JOSE R.
Arecibo
VINCENTY, NESTOR I
Río Piedras
VONDERLEHR, R. A.
USPHS
VIVAS, JOSE R.
Army

Y

YUMET, RAUL
Humacao
YORDAN, LUIS A.
Ponce
YORDAN, EDGARDO
San Juan

Z

ZAMORA, PEDRO J.
Aguadilla
ZAMORA, RAFAEL L.
Aguadilla
ZAPATA, MIGUEL
Arecibo
ZARAGOZA, BERNARDO
San Juan
ZARATT, JACINTO
San Juan
ZAVALETA, MIGUEL
Vega Alta
ZENGOTITA, JOSE DE
San Lorenzo

II

RELACION DE MEDICOS POR PUEBLOS

ADJUNTAS

Everett Myer, n'14
Coll of Medical Evangelists 41
Castañer Project
(No tiene licencia)

Helfrich, Francis W.
Castañer Project
(No tiene licencia)

Helfrich, Sylvia
Castañer Project
(No tiene licencia)

Sánchez, José M., n'07
Univ. Central de Santo Domingo 30
(Licencia temporera)

AGUADILLA

ACOSTA, RAUL R., n'07
Hahnemann Medical College '39
Medicina general
Hospital de Distrito

Antommattei, Raúl
Interno, Hospital de Distrito

ARRACHE, PLACIDO, n'05
Univ. of Lousville Sch. of Med. '33
Medicina general

CARDONA, NESTOR de, n'96
Univ. of Md. Sch. of Med. '20
Medicina general
Muñoz Rivera 21

Castañer, Alberto
Interno Hospital de Distrito

Daugherty, John W. n'80
Univ. Coll. of Med. Richmond, '05
Tuberculosis
Ave. Parque Colón

ECHEVARRIA, ARTURO L., n'99
Univ. de París Fac. de Med. '28
Pediatría
Betances Núm. 12

IGARTUA, GREGORIO, n'09
St. Louis Univ. Sch. of Med. '35
Medicina general
Progreso 50

IGARTUA CARDONA, SUSANA, n'16
Maryland Univ. Sch. of Med. '40
Medicina general

Lluveras, Blanca
Interno, Hospital de Distrito
(No ha revalidado aún)

Maldonado, Consuelo
Interno, Hospital de Distrito
(No ha revalidado aún)

MARQUEZ, FRANCISCO A., n'08
George Wash. Univ. Sch. of Med. '32
Medicina general
Progreso 27

Márquez Torres, José, n'89
Bennett Coll. of Ecl. Med. and Surg. '14
Análisis Clínico
Laboratorio Biológico

MILAN, ENRIQUE, n'15
Univ. of St. Louis '41
Medicina general
Calle Comercio

SANCHEZ, LUIS A., n'05
George Washington Univ. '30
Medicina interna
Hospital de Distrito
Pres. Asoc. Méd. Dtto. Aguadilla

SOBRINO, JOSE, n'14
Univ. de Laval, Quebec '40
Medicina general
Hospital de Distrito

Tulla, Miguel A. n'20
Temple Univ. Sch. of Med. '44
Medicina general
Hospital de Distrito

Vázquez, José Honorio, n'15
Univ. Nacional de Santo Domingo 41
Obstetricia y Ginecología
Hospital de Distrito
(Licencia temporera)

ZAMORA, PEDRO J., n'90
Univ. of Michigan Med. Sch. '17
Obstetricia
José de Diego 72

ZAMORA, RAFAEL LUIS, n'96
Univ. of Michigan Med. Sch. '27
Obstetricia y Ginecología
Muñoz Rivera 14

Los nombres de los médicos miembros de la Asociación Médica aparecen en mayúsculas. Los que aparecen como internos aún no han tomado sus exámenes de reválida.

AGUAS BUENAS

Muñoz Díaz, Gustavo, n'70
Univ. Central de España '97
Medicina General
Unidad Salud Pública

AIBONITO

AMADEO, JOSE A., n'99
Univ. of Pa. Sch. of Med., '22
Medicina interna

Amstutz, Claire
Indiana Univ. Sch. of Med. '38
La Plata Project
(Licencia temporera)

Canino, Esperidión, n'81
Baltimore Med. Coll. '05
Medicina general

Preheim, V.
Univ. of Colorado Sch. of Med. 42
Medicina general
La Plata Project
(Licencia temporera)

Sánchez Sánchez, José A., n'14
Univ. de Santo Domingo '37
Medicina general
(Licencia temporera)

Troyer, C.
Chicago Medical School '22
Medicina general
(Licencia temporera)

AÑASCO

NADAL GRAU, J., n' 02
Boston Univ. Sch. of Med. '27
Salud Pública
Unidad de Salud Pública

ARECIBO

Ayala, Rafael
Interno, Hospital de Distrito

BARALT, MANUEL M., n'13
George Washington Univ. Sch. of Med. '37
Obstetricia y Ginecología
Hospital de Distrito

BERNAL Y DEL RIO, VICTOR, n'17
Univ. de Coimbra '41
Medicina general

Biaggi, Hipólito, n'16
Univ. Nacional de México '43
Hospital Municipal

CADILLA, ARTURO, n'96
George Wash. Univ. Sch. of Med. '21
Pediatría
Betances 13

COLON, RAFAEL, n'92
Univ. of Pa. Sch. of Med. '20
Urología
Gonzalo Marín 4

CORTES QUINTANA, MANUEL, n'93
Loyola Univ. Sch. of Med. '17
Medicina general
Calle 10, Urb. García

GARCIA DE QUEVEDO, JACINTO, n'95
Univ. de La Habana '21
Medicina general
Coll y Toste 9

GARCIA DE QUEVEDO, M., n'90
Univ. of Md. Sch. of Med. '16
Obstetricia y Ginecología
Hospital de Distrito

Irizarry, Benito A., n'18
Univ. de La Habana '43
Residente Hospital de Distrito

Maeso, Manuel, n'93
Jefferson Medical College '21
Urología
Hospital de Distrito

MARQUES, GUILLERMO S., n'04
Harvard Medical School '29
Radiología
Plaza Principal

MARTINEZ, JOSE ANGEL, n'15
Univ. de Coimbra '40
Medicina general
Urb. García Núm. 6

Meléndez, Pedro C., n'96
Meharry Medical Coll. '45
Interno, Hospital de Distrito

Pacheco, Luis Arnaldo, n'20
Howard Sch. of Med. '44
Interno, Hospital de Distrito

RIVERA AULET, RAFAEL, n'93
George Washington Univ. Sch of Med. '16
Medicina general
Plaza Machiavelo

RODRIGUEZ OLMO, J., n'16
Universidad de Coimbra '39
Medicina general
Ave. Hospital

RODRIGUEZ QUIÑONES, JOSE M., n'02
Syracuse Univ. Coll. of Med. '31
Cirugía
Clínica "El Buen Pastor"

Ruiz, Oscar A.
Interno, Hospital Distrito

SALA, MIGUEL E., n'02
Jefferson Med. Coll. of Phila. '24
Tuberculosis
Centro Antituberculoso

SANTOS, JULIO A., n'99
Tulane Univ. Sch. of Med. '25
Medicina interna
Ave. Hatillo y Toledo
Vice-Pres. Asoc. Méd. de Pto. Rico - año 1945

SERRA. ROBERTO, n'08
St. Louis Univ. Sch. of Med. '34
Cirugía
Hospital de Distrito

SHEPLAN, LEON, n'10
Temple Medical School '34
Cirugía Ortopédica
Hospital de Distrito

Smith, Conrad Warren, n'19
Howard Medical College '44
Interno, Hospital de Distrito

SUSONI, ANTONIO H., n'08
Univ. de París Fac. de Med. '37
Cirugía
Clínica Dr. Susoni

SUSONI, FRANCISCO M., n'75
Univ. de Santiago '98
Cirugía
Clínica Dr. Susoni

Vergne, Ramón, n'85
Syracuse Univ. Coll. of Med. '10
Medicina general
San Rafael

Villamil, José R., n'93
George Wash. Univ. of Med. '17
Medicina general
Unidad de Salud Pública

ZAPATA, MIGUEL, n'04
Dalhousie Univ. Fac. of Med. '32
Oftalmología y Otorrinolaringología
Ave. Hatillo y Toledo

ARROYO

PALMIERI. JULIO, n'97
Jefferson Med. Coll. of Phila. '20
Cirugía
Calle Morse

RIVERA BRUNO, HECTOR J. n'18
Lousville Univ. Sch. of Med. '43
Medicina general
Hospital Lafayette

BARCELONETA

GRAULAU, LUIS M,. n'93
Loyola Univ. Sch. of Med. '16
Medicina general
Unidad de Salud Pública

BARRANQUITAS

BERRIOS, RAMON, n'92
Loyola Univ. Sch. of Med. '17
Salud Pública
Unidad de Salud Pública

BAYAMON

Acosta. Andrés
Interno, Hospital de Distrito

AGUAYO, ROBERTO J., n'07
Long Island Coll. of Med. '31
Pediatría
Hospital de Distrito

Alvarez. Luis
Interno, Hospital de Distrito

ASENCIO. FERNANDO. n'08
Univ. of Lousville Sch. of Med. '33
Cirugía
Hospital de Distrito

CESTERO, ANGEL R., n'12
Medical College of Va. '37
Obstetricia y Ginecología
Hospital de Distrito

DURAND. PEDRO J., n'14
Temple Univ. Sch. of Med. '41
Medicina general

FOSSAS. MANUEL. n'80
Univ. of Md. Sch. of Med. '03
Medicina general

GARCIA UBARRI. A., n'86
Atlantic Medical College 09
Medicina general
Unidad de Salud Pública

GONZALEZ RAMIREZ. LUIS, n'04
Northwestern Univ. Med. Sch. '30
Medicina general
Hospital de Distrito (Director)

GUTIERREZ ORTIZ. VICTOR, n'72
Univ. de Zaragoza '98
Medicina general
Cuarentenario - Hospital de Distrito

Iguina, Manuel A., n'21
Univ. of Md. Sch. of Medicine 43
Residente Hospital de Distrito

Magriña, Ramón
Interno, Hospital de Distrito
MARTINEZ, ERNESTO C., n'14
Tulane Univ. Sch. of Med. '40
Medicina interna
Hospital de Distrito
MELENDEZ, ANDRES S., n'97
Meharry Med. Coll. '41
Medicina general
Calle Martí
MELENDEZ, MANUEL, n'90
Heharry Med. Coll. '17
Medicina general
Calle Martí
Mehrhoff, Albert G., n'72
New York Univ. Coll. of Med. '00
Medicina general
Hospital San Alberto
MORALES RUIZ, J. S., n'87
Baltimore Med. College '09
Radiología
Calle Dr. Veve 57
Porrata, R. E., n'
Interno, Hospital de Distrito
RAMOS MIMOSO, JOSE R., n'08
Univ. Central de España '36
Medicina interna
Calle Dr. Veve
REYES, FELIX M., n'04
Univ. of Columbia '30
Patología
Hospital de Distrito
Rivera, Raúl R.
Interno, Hospital de Distrito
RODRIGUEZ, JUAN C., n'92
Jefferson Med. Coll. of Phila. '18
Cirugía
Calle Martí Núm. 8
ROVIRA PALES, CARLOS, n'13
Tulane Univ. Sch. of Med. '39
Medicina general
Schwartz, Gustavo
Interno, Hospital de Distrito
Snyder, Lawrence, n'21
Syracuse Univ. Sch. of Med. '44
Residente Hospital de Distrito
Suárez, Ramón Miguel, n'22
Medical Coll. of Va. '45
Interno, Hospital de Distrito
VELAZQUEZ RAFAEL, n'05
Univ. de París Fac. de Med. '35
Tuberculosis
Centro Antituberculoso

CABO ROJO

ALMODOVAR, RAMON I., n'18
Univ. of Maryland Sch. of Med. '43
Medicina general
ENCARNACION VEGA, CARLOS n'02
Medical Coll. of Va. '34
Medicina general
PEREZ TOLEDO, ADALBERTO, n'08
George Washington Univ. Sch. of Med. '33
Cirugía
ROMEU ORTIZ. E., n'93
Univ. of Md. Sch. of Med. '14
Pediatría

CAGUAS

Bajandas, Juan G., n'82
Maryland Med. College '04
Medicina general
Unidad de Salud Pública
BARRERAS, JENARO, n'95
Jefferson Med. Coll. of Phila. '18
Cirugía
Clínica San Rafael
Castillo, José J., n'09
Univ. de Santo Domingo '35
Hospital Municipal
(Licencia temporera)
ELLIS CAMBIASO, FEDERICO, n'88
Chicago Coll. of Med. and Surg. '17
Medicina general
Gautier Benítez 25
FORASTIERI, JOSE, n'98
New York Univ. Coll. of Med. '26
Cirugía
Muñoz Rivera 3
LARA GARCIA, J. J. de, n'08
Universidad de Santo Domingo '32
Tuberculosis
(Licencia temporera)
LASTRA CHARRIEZ, JUAN, n'94
Loyola Univ. Sch. of Med. '17
Medicina general
Unidad de Salud Pública
MARRERO, HECTOR R., n'07
Univ. de París Fac. de Med., '36
Pediatría
PRIETO, EZEQUIEL, n'98
Univ. of Pa. Sch of Med. '22
Medicina interna (Cardiología)
Betances 49
Pres. Asoc. Med. Dtto. de Guayama.

RIVERA, RAFAEL, n'84
Chicago Coll. of Med. and Surg. '14
Pediatría
Director de Beneficencia
SANTIAGO SANTOS, MANUEL, n'04
Ohio State Univ. Coll. of Med. 36
Tuberculosis
TORRUELLAS, SEVERO R., n'02
New York Univ. Coll. of Med. '26
Medicina general
Ruiz Belvis 45

CAMUY

SILVA NAVARRO, A., n'97
St. Louis Univ. Sch. of Med. '22
Medicina general

CANOVANAS

Aubray Fernández, José, n'77
Univ. de La Habana '05
Medicina general
Raymond, Félix A.,
Fac. de Med. Univ. de París '29
Medicina general
(Licencia temporera)

CAROLINA

LUIGI, J. E. n'76
Louisville Med. Coll. '07
Medicina general
Unidad de Salud Pública
TRILLA, FEDERICO, n'91
Chicago Coll. of Med. and Surg. '13
Medicina general.

CATAÑO

Boneta del Pozo, Fernando P., n'87
Univ. de La Habana '24
Medicina general
FERRER SANTANA, RAFAEL E., n'07
Howard Univ. Med. Coll. '39
Medicina general

CAYEY

NIEVES COLON, J., n'02
Medical College of Va. '27
Medicina general
PEÑA, JOSE A., n'03
Columbia Univ. Coll. of Phys. and Surgs. '28
Medicina general

RIVERA LUGO, CARLOS F., n'12
Hahnemann Med. Coll. 41
Medicina general
VALLECILLO, LUIS A., n'16
Rush Medical College '39
Clínica Dr. Font

CEIBA

CIALES

FERNANDEZ VALDES, ANTONIO, n' 03
Univ. de Salamanca '27
Medicina general
HONORE, SABAS, n'94
Loyola Univ. Sch. of Med., '16,
Medicina general

CIDRA

Ecalante, Graco, n'
Univ. de La Habana '19
Medicina general
(Licencia temporera)
ROURE, VICENTE, n'65
Univ. de Barcelona '94
Medicina general

COAMO

TALAVERA, DAMASO, n'01
George Washington Univ. Sch. of Med. '27
Medicina general

COMERIO

CASO, HILARIO, n'92
Jefferson Med. Coll. of Phila. '17
Medicina general
López Morales, Hirám, n'03
Univ. Nacional de México '43
Medicina general

COROZAL

VALDES, MANUEL L., n'95
Howard Univ. Coll. of Med. '34
Medicina general

CULEBRA

DORADO

MUDAFORT, SARKIS M., n'12
Hahnemann Medical Coll. of Phila. '42
Medicina general

FAJARDO

ACOSTA, GUILLERMO, n'06
St. Louis Univ. Sch. of Med. '33
Cirugia
Clínica Fajardo

Arsuaga, Rafael
Interno, Hospital de Distrito

BUSQUETS, SALVADOR C., n'15
Georgetown University '40
Cirugía
Hospital de Distrito

CARRERA, MANUEL G., n'92
Coll. of Phys. & Surgeons of Baltimore '14
Cirugía

Ferrer, Reinaldo
Interno, Hispital de Distrito

Finch, Carlos N., n'20
Meharry Medical College '44
Interno, Hospital de Distrito

GONZALEZ, PLACIDO OSVALDO, n'20
Tulane University '44
Medicina general
Hospital de Distrito

Lacot Salgado, Antero, n'19
Univ. of Michigan Sch. of Med. '44
Residente, Hospital de Distrito

López, José A., n'03
George Wash. Univ. Sch. of Med. '28
Medicina general

Matta, Enrique, n'84
Jefferson Med. Coll. of Phila '12
Medicina general

Medina, Samuel F.
Interno Hospital de Distrito

Navarro, Félix A.
Interno, Hospital de Distrito

Olivella, Jaime, n'17
Marquette Univ. Sch. of Med. '45
Interno, Hospital Distrito

RAMOS LEBRON, JOSE, n'01
University of Ga. Sch. of Med. '28
Medicina general
Clínica Fajardo

Rodríguez Rosado, Samuel
Interno, Hospital de Distrito

Seda Morales, Rubén
Interno, Hospital de Distrito

VEVE CARRILLO, JUAN, n'81
Columbia Univ. Coll. of Phys and Surgs. '05
Medicina general

GUANICA

JONES, JAMES EARL, n'98
Tulane Univ. Sch. of Med. '22
Medicina general
Ensenada

GUAYAMA

DOMINGUEZ, TOMAS, n'95
Univ. of Md. Sch. of Med. '16
Pediatría

FUSTER, JAIME L., n'04
Medical Coll. of Va. '34
Medicina general

GARCIA SOLTERO, A., n'93
Jefferson Med. Coll. of Phila. '16
Obstetricia y Ginecología

PEREZ, EDUARDO R., n'02
Syracuse Univ. Coll. of Med. '29
Otorrinolaringología

Sicard, Gregorio, n'10
Univ. de Sto. Domingo '33
Cirugía
(Licencia temporera)

GUAYANILLA

Cobián Alvarez, José B., n'92
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '15
Medicina general

GUAYNABO

Garcia Estrada, Manuel, n'99
Jefferson Med. Coll. of Phila. '29
Medicina general
(Barrio Sabana)

RIO, JUAN del, n' 96
Temple Univ. Sch. of Med. '24
Medicina general
Unidad de Salud Pública

GURABO

Maduro, Luis G., n'08
Univ. Libre de México 41
Medicina general
(Licencia temporera)

HATILLO

García, Herminio D., n'00
Tulane Univ. of La. Sch. of Med. '31
Medicina general

HORMIGUEROS

HUMACAO

BERRIOS, MANUEL B., n'90
Coll .of Phys and Surgs. of Ba. '15
Salud Pública

DOMINGUEZ, CESAR, n,96
Jefferson Med. Coll. of Phila. '20
Pediatría
Clínica Oriente

FRANCESCHI JULIA, J. A., n'07
Univ. de París Fac. de Med. '37
Medicina general

GONZALEZ, HECTOR M., n'07
Univ. of Lousville Sch. of Med. '31
Medicina general
Hospital Ryder Memorial

MEJIA RUIZ, RAYMOND, n'00
George Washington Univ. Sch. of Med. '32
Medicina general

PALOU, PEDRO J., n'72
Univ. Central de España '04
Medicina general

Montalvo, Andrés, n'19
Hahnemann Med. Col. 43
Medicina general
Hospital Ryder Memorial

RINCON, VICTOR, n'04
George Washington Sch. of Med. '28
Cirugia
Clínica Oriente

TROCHE DE MEJIA, CARMEN, n'09
George Washington Univ. Sch. of Med. '32
Ginecología
Clínica Font Martelo

YUMET, RAUL, n'15
Univ. of St. Louis '40
Medicina general

ISABELA

HERNANDEZ DEL VALLE, PEDRO, n'97
Univ. de Sevilla '31
Medicina general

JAYUYA

Mainardie, Luis E., n' 11
Univ. de Lausanne '40
Medicina general
(Licencia temporera)

JUANA DIAZ

MUÑOZ VAZQUEZ, RAFAEL, n'07
Univ. de Paris. Fac. de Med. '34
Medicina general

SANCHEZ, MAX D., n'12
Univ. de Santo Domingo '37
Medicina general
(Licencia temporera)

JUNCOS

MONTALVO DURAND, LUIS J., n'14
Universidad de Coimbra '39
Medicina general

RUIZ DE PORRAS, F. n'97
Univ. of Georgia Sch. of Med. '26
Medicina general
(Licencia temporera)

LAJAS

García de Quevedo, Orlando
Univ. de la Habana '12
Medicina general
(Licencia temporera)

LARES

Avilés Pérez, Juan
Univ. Nac. de México '43
Medicina general

LAS MARIAS

Gil, Julio A., n'10
Univ. de Santo Domingo '41
Medicina general
(Licencia temporera)

LAS PIEDRAS

LUQUILLO

Calderón, E., n'
Univ. de La Habana '34
Medicina general
(Licencia temporera)

Potts, A. W.
Univ. of Pa. Sch. of Med. '38
Medicina general

ROMAN BENITEZ, MANUEL, n'94
Medical Coll. of Va. '15
Salud Pública
Unidad de Salud Pública

MANATI

ARRILLAGA TORRENS, R., n'13
Yale Univ. Sch. of Med. '36
Medicina interna

Bou, Gabriel S., n'17
Univ. of Michigan Sch. of Med. '43
Medicina general

MARCHAND, JUAN S., n'92
Univ. of Ill. Coll. of Med. 16
Medicina general

OTERO LOPEZ, A., n'90
Chicago Coll. of Med. and Surg. '16
Medicina general

Rodriguez Buxó, R., n'08
Univ. of Lousville Sch. of Med. '33
Medicina general

VAZQUEZ RAFAEL S., n'94
Univ. of Md. Sch. of Med. '19
Pediatría

MARICAO

MAUNABO

CARDONA, GUILLERMO, n'04
Univ. de Paris Fac. de Med. '35
Medicina general

MAYAGUEZ

Arrarás, José Enrique, n'02
Temple Univ. Sch. of Med. '26
Medicina general - McKinley 30

CABAN, EDELMIRO J., n'94
Loyola Univ. Sch. of Med. '16
Medicina general - Méndez Vigo

CASALDUC, F. J., n'00
Medical College of Virginia '21
Urología—McKinley 30

COLON ROMAN, J., n '90
Univ. of Cincinnati '19
Medicina general

Cuello, Leovigildo, n'88
Univ. de París Fac. de Med. '21
Oftalmologia—Méndez Vigo 80

DUNSCOMBE, COLBY W., n'12
College of Med. Evangelists '38
Otorrinolaringología
Méndez Vigo 129

FALAGAN, LUIS, n'04
Univ. de Paris Fac. de Med. '39
Salud Pública
Unidad Salud Pública

FAS FAGUNDO, NAYIP, n'13
Hahnemann Med. Coll. '41
Medicina general—Rosa 36

FERRER DELGADO, TOMAS, n'07
Univ. de Montpellier '36
Medicina general
Clinica Unión Española

GONZALEZ, J. F., n'92
Univ. of Md. Sch. of Med. '16
Cirugía— Clínica Betances

LANGE, RAFAEL U., n'74
Univ. de Barcelona '98
Medicina general

Lassisse Rivera, A., n'86
Baltimore Med. College '11
Medicina general—Coronel Soto 7

MARTY PEREZ, RANDOLFO, n'98
Univ. of Arkansas Sch. of Med. '25
Cirugia—Méndez Vigo 100

Moore, Charles B., n'11
Coll. of Medical Evangelists '41
Obstetricia y Ginecología
Clínica Dunscombe

MORA DE NOCHERA, MARIA T., n'97
Woman's Med. Coll. of Pa. '23
Medicina general—Ave. Nereidas

NOCHERA, DOMINGO, n'98
Univ. of Md. Sch. of Med. '24
Medicina General—Ave. Nereidas

PEREA, AUGUSTO, n'14
Queen's Univ. Fac. of Med. '39
Medicina general
Mayaguez & Western Polyclinic

PEREA, NELSON, n'10
Dalhousie Univ. Fac. of Med. '36
Cirugía
Mayagüez & Western Polyclinic

Sánchez Escobar, A., n'05
Medical Coll. of Virginia '31
Medicina general

SANTOS TIO, LUIS F., n'87
Univ of the South Med. '09
Medicina general—Candelaria

MOCA

MOROVIS

NAGUABO

NARANJITO

Colón, Angel Benicio, n'15
Hahnemann Med. College 41
Medicina general

OROCOVIS

CRESCIONI, DOMINGO, n'90
Chicago Coll. of Med. and Surg. '14
Medicina general
Unidad de Salud Pública

PATILLAS

Cordero Pérez, Ricardo, n'15
Univ. Nacional de México '43
Medicina general

PEÑUELAS

PONCE

ALONSO, FIDEL, n'04
Univ de la Habana '26
Medicina general
Hospital Tricoche
(Licencia temporera)

BALASQUIDE, LORENZO A., n'99
Loyola Univ. Sch. of Med. '24
Obstetricia y Ginecología
Clínica Dr. Pila

BARTOLOMEI, LUIS, n'96
Loyola Univ. Sch. of Med. '22
Obstetricia
Hospital Santo Asilo de Damas

CASTAING, PEDRO A., n'96
Rush Med. Coll. '23
Medicina general
Unión y Victoria

CLAVELL, JUAN E., n'00
Tufts Coll. Med. Sch. '31
Medicina general—Clínica Dr. Pila

CLAVELL, LUIS C., n'99
New York Univ. Coll. of Med. '26
Medicina general
Central Mercedita

COSTAS DIAZ, JAIME L., n'81
Univ. of Md. Sch. of Med. '10
Medicina general
Hospital San Lucas

COSTAS DURIEUX, JAIME L., n'14
Univ. of Md. Sch. of Med. '38
Cirugía
Hospital San Lucas

Costas Purcell, Enrique, n'92
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '15
Oftalmología—Clínica Dr. Pila

GELPI, WILLIAM R., n'04
Jefferson Med. Coll. of Phila. '27
Cirugía
Luna 6

GODREAU, MIGUEL F., n'06
Tufts Coll. Med Sch. '33
Medicina interna —oftalmología
Salud e Isabel

GONZALEZ FLORES, J. R., n'13
Jefferson Med. Coll. of Phila. '38
Medicina general
Clínica Dr. Pila

GOWE, DONALD, F., n'05
N. Y. Univ. Coll. of Med. '28
Medicina interna
Hospital San Lucas

GOYCO, OSVALDO A., n'87
Syracuse Univ. Coll. of Med. '11
Medicina interna
Hospital de Distrito

Hess, C. Robert, n'13
Temple Univ. Med. Sch. 40
Tuberculosis
Hospital de Tuberculosis

JESUS, FRANCISCO R. de, n'91
Cornell Univ. Med Coll. '12
Cirugía
Aurora y Marina

LANAUZE ROLON, JOSE A., n'93
Howard Univ. Coll. of Med. '21
Medicina general
Vives 21

Lockhart Cordero, A. H.
Univ. de Santo Domingo
Interno Hosp. Tricoche
(No tiene licencia)

MUÑOZ, JUSTO LUIS, n'98
Univ. of Georgia Sch. of Med. '25
Medicina general
Clínica Dr. Pila

PEREZ MARCHAND, DOLORES, n'87
Woman's Medical College of Pa. '11
Medicina general
Comercio 94

PEREZ RIBIE, RAMBERTO A., n'17
Tulane Univ. Sch. of Med. '43
Medicina general
Tricoche 52

Oliver Pino, Jaime, n'05
Univ. de Santo Domingo '33
Interno Hospital Tricoche
(No tiene licencia)

PIETRI, AGUSTIN, n'87
New York Univ. Coll. of Med. '08
Villa 12
Cirugía

PILA, MANUEL de la, n'84
Univ. de Barcelona '06
Medicina interna
Clínica Dr. Pila
Speaker, Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico

Porrata, Frank C.
Georgetown Univ. Sch. of Med. '43
Medicina general
Hospital San Lucas

QUILICHINI, CARLOS A., n'12
George Washington Univ. Sch. of Med. '37
Cirugía
Reina y Méndez Vigo
Presidente, Asoc. Med. Dtto. de Ponce

REILLY, PHILIP M., n'03
Western Reserve Univ. Sch. of Med. '32
Medicina general
Unidad de Salud Pública

Richard, Andrew
Univ. de París Fac. de Med. '16
Radiología—Clínica Dr. Pila
(Licencia temporera)

Rigal Riera, José, n'
Univ. de Santo Domingo
Interno Hospital Tricoche
(No tiene licencia)

Rivera Aromí, Virgilio, n'95
Howard Univ. Coll. of Med. 22
Medicina general
Calle Atocha

RODRIGUEZ, CALIXTO, n'92
Jefferson Med. Coll. of Phila. '17
Análisis clínico
Reina 1

Rodríguez Rosario, Jesús M., n'85
Chicago Coll. of Med. & Surg. '11
Medicina general
Unidad de Salud Pública

RODRIGUEZ, ELVIRA, n'08
Woman's Med. Coll. of Pa. '31
Medicina general
Unidad de Salud Pública

Rosado León, B. n'
Medicina general

SALAZAR, GUILLERMO, n'80
Univ. de Barcelona '03
Tuberculosis
Centro Antituberculoso

SANTAELLA, ALVARO, n'87
Maryland Med. Coll. '09
Cirugía
Clínica Dr. Pila

SANTOS, LEANDRO, n'99
Univ. de París Fac. de Med. '29
Tuberculosis
Hospital de Tuberculosis

SCARANO, CATALINA, n'14
Med. Coll. of Virginia '39
Medicina general
Hospital San Lucas

SERRA COLON, AMERICO, n'00
Rush Medical College '25
Cirugía
Hospital Santo Asilo de Damas

VAZQUEZ VELEZ, J. A., n'15
Hahnemann Med. Coll. '43
Medicina general
Isabel 55

YORDAN, LUIS A, '93
New York Univ. Coll. of Med. '22
Radiología —Aurora y Marina

QUEBRADILLAS

RINCON

RIO GRANDE

González, Luis M., n'93
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '15
Medicina general

ARENA, NICOLAS, n'68
Regia Universitá di Napoli '98
Medicina general
Unidad de Salud Pública

RIO PIEDRAS

AÑESES ARRACHE, JOSE, n'15
Hahnemann Medical Coll. '42
Medicina general
Giorgetti 27

Bergnes, Gustavo, n'
Univ de la Habana
Cirugía
Sanatorio Insular
(Licencia temporera)

BOU, ALFREDO V., n'94
Univ. of Michigan Med. Sch. '21
Medicina general
José de Diego 14

BUXEDA, FERNANDO LUIS, n'18
Hahnemann Med. Coll. '41
Tuberculosis
Sanatorio Insular

Carlo, Enrique, n'10
Univ. de Lausanne Fac. de Med. '35
Tuberculosis
Sanatorio

COLON, RAMON T., n'98
George Wash. Univ. Sch. of Med. '24
Tuberculosis—Calle de Diego

DAVILA, BASILIO, n'02
Univ. of Pa. Sch. of Med. '29
Cirugía
Clínica Pereira Leal

DAVILA, JOSE E., n'97
George Wash. Univ. Sch. of Med. '25
Urología
Muñoz Rivera 61

ESPINOSA ROBLEDO, MANUEL, n'08
Univ. of Md. Sch. of Med. '33
Cirugía
Clínica Pereira Leal

FERNANDEZ, MARIO C., n'98
Jeff. Med. Coll. '24
Psiquiatría—Hato Rey

FERNANDEZ GARCIA, EUGENIO '88
Rush Medical College '15
Tuberculosis
Clín. Fdez. García—Hato Rey

FRANÇO SOTO, J. A., n'75
Univ. de Santiago
Tuberculosis—Robles 53

FREEDMAN, NORTON S., n'08
Tufts Med. Coll. '34
Cirugía ortopédica
Clínica Maldonado—Hato Rey

GARCIA, DAVID E., n'05
George Wash. Univ. Sch. of Med. '29
Tuberculosis
Clínica Fdez. García—Hato Rey

GARCIA DE QUEVEDO, LUIS, n'79
Univ. of Md. Sch. of Med. '40
Tuberculosis—Sanatorio

GARRIDO COLLAZO, JOSE, n'02
Med. Coll. of Va. '27
Pediatría
Calle José de Diego 30

GONZALEZ, CARLOS, n'89
Univ. of Md. Sch. of Med. '15
Medicina general
Giorgetti 1

González Martínez, Manuel, n'
Univ. de la Habana
Interno, Clínica Pereira-Leal
(No tiene licencia)

González Mena, Arturo, n'13
Univ. Nac. de México '41
Medicina general

HOMEDES CORTIELLA, JUAN, n'06
Univ. de Barcelona '26
Psiquiatría—Auxilio Mutuo
Hato Rey

JANER, FERNANDO H., n'86
Coll. of Phys. & Surg. of Baltimore '13
Medicina general
Borinquen 7

JANER PALACIOS, ANA, n'88
Woman's Med. Coll. of Baltimore '10
Psiquiatría
Manicomio Insular

JIMENEZ, JOSE D., n'00
Univ. de la Habana '26
Psiquiatría y Neurología
Clínica Juliá—Hato Rey

JULIA, MARIO, n'89
Loyola Univ. Sch. of Med. 18
Neurología
Clínica Dr. Juliá—Hato Rey

LLANO SANCHEZ, JOSE MANUEL del, n'11
Univ. de Barcelona '39
Medicina general
Auxilio Mutuo—Hato Rey

MALARET, PEDRO, n'91
Medico Chirurgical Coll. of Phila '12
Medicina general
(Liga Puertorriqueña Contra el Cáncer — Santurce)

MALDONADO, EDUARDO D., n'09
Columbia Univ. Coll. of Phys. and Surgs. '36
Medicina general
Clínica Maldonado—Hato Rey

MARTINEZ, ERNESTO J., n'96
Emory Univ. Sch. of Med. 21
Urología
Monseñor Torres St.

MARTINEZ RIVERA, E., n'97
Univ. of Md. Sch. of Med. '21
Salud Pública—Apartado 128
Hato Rey
Editor, Bol. Asoc. Med. de P. R.

MASSANET, CARLOS, n'84
Med. Coll of Va. '16
Neurología y Psiquiatría
Manicomio

MENENDEZ MERCADO, JOSE, n'01
Univ. Central de España '30
Medicina general
Muñoz Rivera 83

NOGUERAS, JUAN, J., n'90
Coll. of Phys. and Surgs. of Baltimore '15
Medicina general—Brumbaugh 25

Pastor, Amado, n'
Univ. de Santo Domingo
Interno, Hospital Municipa.
(No tiene licencia)

RAMIREZ SANTOS, R., n'01
Tulane Univ. Sch. of Med. '27
Pediatría
Brumbaugh 7

RAMOS ELVIRA, E., n'13
Univ. Nacional de México '43
Medicina general
Hospital Municipal

REINHARDT VALCOURT, ALICE, n'02
Woman's Med. Coll. of Pa. '27
Pediatría
Sanatorio Insular

Rivera, María Elisa, n'87
Woman's Med. Coll. of Baltimore '09
Medicina general

RIVERA OTERO, JESUS M., n'08
Univ. de París Fac. de Med. '33
Radiología
Blvd. Pérez Moris—Hato Rey

RODRIGUEZ OLLEROS, A., n'05
Univ. Central de España '29
Gastroenterología
Clínica Pereira Leal

ROLDAN ANCHORIZ, AMALIO, n'80
Univ. de Zaragoza '02
Cirugía
Auxilio Mutuo—Hato Rey

SALIVIA, LUIS A., n'90
Ohio State Univ. Coll. of Med. '13
Análisis clínico
José de Diego 36

SEÑERIZ, R. H., n'04
Northwestern Univ. of Med. Sch. 33
Cirugía
Clínica Juliá— Hato Rey

SOTO RAMOS, JOSE, n'05
Univ. de París Fac. de Med. '38
Tuberculosis
Sanatorio Insular

SOTO RIVERA, MANUEL, n'91
Wayne Univ. Coll. of Med. '19
Ginecología—Radiología
Auxilio Mutuo—Hato Rey

TIMOTHEE, RAFAEL, n'01
Howard Univ. Coll. of Med. '25
Salud Pública—Unidad Salud Pública

TOMASINI, MARIO J., n'15
Georgetown Univ. Sch. of Med. '39
Cirugía
Dispensario Asoc. de Maestros
Hato Rey

TORRES CINTRON, JOSE, n'85
Chicago Coll. of Med. & Surg. '15
Medicina general
Arzuaga 36

Tortorelli, August, n'11
Regia Univ. di Roma '36
Tuberculosis
Sanatorio Insular

VALLECILLO, FERNANDO, n'15
Univ. de Bruselas '41
Cirugía
Clínica Maldonado—Hato Rey

VINVENTY, NESTOR I., n'01
Univ. Central de España '35
Medicina general
Muñoz Rivera 10

SABANA GRANDE

Conde. Pedro, n'
Univ. de la Habana
Medicina general
Beneficencia
(Licencia temporera)

LASSISSE RIVERA, ENRIQUE, n'90
Baltimore Medical College '13
Medicina general

SALINAS

CARDONA, JUAN P., n'97
Univ. of Pa. Sch. of Med. '23
Medicina general

LOPEZ, HILTON L., n'12
Univ. of Md. Sch. of Med. '38
Medicina general
Central Aguirre

Salazar, José A., n'19
Howard Medical Coll. '44
Medicina general

Valdés, Ramón M., n'
Univ. de la Habana '19
Medicina general
(Licencia temporera)

SAN GERMAN

QUIÑONES, EDGARDO, n'93
Medicina general
Jeff. Med. Coll. of Phila. '16
Ginecología
RAMIREZ, ARQUELIO, n'88
Baltimore Med. Coll. '12
Cirugía
SANABRIA, NICOLAS, n'85
Jeff. Med. Coll. of Phila. '12
Cirugía
TRELLES, LAUREANO, n'98
George Wash. Univ. Sch of Med. '25
Medicina general

SAN JUAN

ACOSTA VELARDE, ANTONIO, '04
Med. Coll. of Va. '31
Tuberculosis
Depto. de Sanidad—De Diego 23
Alemany, Carlos
Interno Hospital Presbiteriano
ALFARO DIAZ, EMILIO, n'81
Nat. Med. Univ. of Chicago '11
Medicina general
Fernández Juncos 166—Santurce
ALFARO DIAZ, FELIX, n'91
Med. Coll. of Va. '16
Medicina general
Feria 12—Unidad Salud Pública
Santurce
ALONSO, JOSE J., n'99
Columbia Univ. Coll. of Phys. and Surgs. '24
Cirugía—Hospital San José
Santurce
ALUM PEREZ, JOSE '93
Univ. of Mich. Med Sch. '18
Medicina general
Depto. de Sanidad—Santurce
ARANA SOTO, SALVADOR, n'08
Univ. de Tolouse Fac. de Med. '35
Medicina general
Fondo del Seguro del Estado
San Juan
Arandes Rexach, E., n'17
Medical Coll. of Va. 43
Medicina general
Arbona, Antonio, n'88
Long Island Coll. of Med.
Medicina general
Calle Continuación Condado—Santurce
ARBONA, GUILLERMO, n'10
St. Louis Univ. Sch. of Med. '34
Salud Pública
Escuela de Med. Tropical—San Juan
ARRUZA PEREZ, JUAN, n'02
Syracuse Univ. Sch. of Med. '26
Tuberculosis
Negociado de Tuberculosis
Depto. Sanidad—Santurce
ASTOR, MANUEL A., n'05
Syracuse Univ. Coll. of Med. '21
Cirugía
Las Marías 6—Santurce
BABCOCK, LEVIS C., n'71
Medico Chirurgical Coll. of Phila. '97
Oftalmología y Otorrinolaringología
Allen 55—San Juan
BARBOSA, GUILLERMO H., n'89
Univ. of Michigan Med. Sch. '12
Cirugía
Clínica San Ildefonso—San Juan
Barreras, María Cristina, n'07
Univ. de París Fac. de Med. '33
Ginecología
Ponce de León 172—Santurce
BELAVAL, JOSE S., n'79
Jeff. Med. Coll. of Phila. '04
Obstetricia y Ginecología
Ponce de León 217
BERIO SUAREZ, FRANCISCO, n'14
Hahnemann Med. Coll. '40
Cirugía
Director, Clínica Miramar
Berio Suárez, José, n'16
Hahnemann Med. College 44
Residente Hospital Municipal
BERNABE, ADOLFO, n'94
Univ. of Md. Sch. of Med. '20
Otorrinolaringología
Salvador Brau 61—San Juan
BERNABE, RAFAEL, n'90
Coll. of Phys. & Surgs. of Baltimore '13
Oftalmología
Salvador Brau 61—San Juan
BIAMON, LUIS L., n'82
Univ. Central de Venezuela '06
Medicina interna
Apartado 1646—San Juan
(Villa Caparra)
Biascoechea, Diego A., n'92
Harvard Med. Sch. '16
Medicina general
Clínica Biascoechea—Santurce

BIRD, JORGE, n'87
Tulane Univ. Sch. of Med. '14
Medicina general
Belaval 9—Santurce

BLADUELL, HECTOR A., n'05
Boston Univ. Sch. of Med. '28
Urología
San Justo 17 —San Juan

Blanco, Tomás, n'96
Georgetown Univ. Sch. of Med. '24
Salud Pública
Depto. de Sanidad
(Licencia temporera)

BLANES, RAFAEL A., n'14
Georgetown Univ. Sch of Med. '38
Radiología
Ponce de León 94—Santurce

Bocanegra López, E. N. n'89
Univ. of Md. Sch. of Med. '16
Dermatología
Cruz 13—San Juan

BOND, ELWOOD M., n'84
Hahnemann Med. Coll. of Phila. '08
Obstetricia
Ponce de León 54—Santurce

BONELLI, FRANCISCO, n'86
Chicago Coll. of Med. & Surg. '14
Medicina general
Calle Loiza—Parada 44

BONELLI, PABLO M., n'87
Jeff. Med. Coll. of Phila. '06
Medicina general
Calle Loíza—Parada 44

BORRAS RIVERA, BARTOLOME, n'11
Temple Univ. Sch. of Med. '36
Medicina general
Ponce de León 93—Santurce

BOU, ALFREDO L., n'95
Georgetown Univ. Sch. of Med. '20
Dermatología
Ponce de León 93—Santurce

Bunker, James Rex, n'20
Tulane Univ. School of Med. 44
Residente Escuela Med. Tropical

CABALLERO, MARIANO B., n'85
Univ. Coll. of Med. Richmond '09
Oftalmología y Otorrinolaringología
Ponce de León 97—Santurce

CABALLERO, MARIANO C., n'12
Univ. of Va. Sch. of Med. '42
Oftalmología
Ponce de León 97—Santurce

Capó, Francisco J., n'92
Med. Coll. of Va. '17
Medicina interna
Parada 7— Puerta de Tierra

CARRASQUILLO, H. F., n'93
Univ. of Md. Sch. of Med. '16
Oftalmología
Medical Arts Bldg.— Puerta de Tierra

CARRION, ARTURO L., n'93
Univ. de la Habana '19
Dermatología
Escuela de Med. Tropical —San Juan

CASO, JOSE B., n'99
Univ. of Maryland Sch. of Med. '25
Obstetricia y Ginecología
Hospital San José—Santurce

Castro de González, Providencia, n'20
Woman's Med. Coll. of Pa. 43
Medicina general
Olimpo 1—Santurce

CHICO, HERNAN G., n'08
Univ. de París Fac. de Med. '37
Medicina general
Roosevelt 13—Santurce

Coca Mir, Rafael
Interno Hosp. Presbiteriano

Coll Cuchí, Victor. n'85
Maryland Med. Coll. '08
Medicina general
Depto. de Santidad

COLON, JULIO E., n'95
George Wash. Univ. Sch. of Med. '27
Urología
Allen 60—San Juan

Colón Rivera, Wilfredo, n'18
Univ. of Louisville Med. Sch. 43
Medicina general
Hospital Presbiteriano—Santurce

COMAS, ARSENIO, n'99
Univ. of Ga. Sch. of Med. '29
Cirugía
Clínica San Ildefonso

COOPER, ALEXANDER T., n'83
Medico Chirurgical Coll. of Phila. '07
Medicina interna
Escuela de Med. Tropical —San Juan

CORDERO, JERAMFEL, n'14
Univ. de Santiago '35
Gastroenterología
Hospital San José—Santurce

CORREA, JOSE F., n'98
Columbia Univ. Coll. of Phys. and Surgs. '29
Dermatología
Edificio Victory Garden—Santurce

COSTA MANDRY, OSCAR, n'98
Univ. of Md. Sch. of Med. '21
Análisis Clínico
Laboratorio Biológico, Depto. de Sanidad
Secretario, Tribunal Examinador de Médicos de P. R.

CUCHI COLL, ENRIQUE, n'06
Univ. Central de España '33
Medicina general
Ave. Borinquen 18

CUMPIANO, EMILIO, n'90
Loyola Univ. Med. Sch. '15
Medicina general
Ponce de León—Pda. 21—Santurce

CURBELO, PABLO G., n'01
McGill Univ. Fac of Med. '25
Urología
Salvador Brau 78

DIAZ RIVERA, RURICO S., n'12
Univ. of Louisville Sch. of Med. '39
Medicina interna
Ave. de Diego 4

Estrada, Isabel, n'18
Marquette Univ. Sch. of Med. 43
Medicina general
Ponce de León 177

FERNANDEZ FUSTER, M., n'12
Med. Coll. of Va. '34
Obstetricia y Ginecología
Hospital Municipal—Santurce

FERNANDEZ, LUIS J., n'94
Univ. of Md. Sch. of Med. '17
Oftalmología
Instituto Oftálmico, Puerta de Tierra

FERNANDEZ MARCHANTE, R., n'11
Georgetown Univ. Sch. of Med. '34
Pediatría
Ponce de León 234—Santurce

FERNANDEZ, RICARDO F., n'09
George Washington Univ. Sch. of Med. '31
Oftalmología
Instituto Oftálmico, Puerta de Tierra

FERNOS ISERN, ANTONIO, n'95
Coll. of Phys. & Surgs. of Baltimore '15
Cardiología—Salud Pública
Comisionado de Sanidad
Depto de Sanidad

FERRAIOULI, FRANCISCO A., n'99
Univ. de París Fac. de Med. '28
Cirugía industrial
Clínica Industrial—San Juan

FERRER, JOSE C., n'92
Chicago Coll. of Med. & Surgery '16
Urología
Tetuán 5—San Juan

FIGUEROA CARRERA, LEOPOLDO, n'87
Univ. de la Habana '10
Obstetricia y Ginecología
Ponce de León 124—Santurce

FLAX, JACOB HERMAN, n'17
Medical Coll. of Va. '40
Cirugía
Fondo Seguro del Estado—San Juan

FONT, J. H., n'95
Medico Chirurgical Coll. of Phila. '16
Otorrinolaringología
Medical Arts Bldg.—Puerta de Tierra

FONT SUAREZ, VICENTE, n'93
Jeff. Med. Coll of Phila. '19
Urología
Ponce de León 255—Santurce

FRANCESCHI, ANDRES, n'05
Univ. de Leland Stanford '32
Obstetricia y Ginecología
Medical Arts Bldg.—Puerta de Tierra

Franceschi Caballero, Francisco, n'94
Univ. of Md. Sch. of Med. '19
Medicina general

FRANCISCO, ROBERTO, n'16
Georgetown Univ. Sch. of Med. '39
Medicina interna
Medical Arts Bldg.—Puerta de Tierra
Plaza Colón—San Juan

Frías, Manuel, n'81
Univ. de Barcelona '04
Medicina general
Hospital Municipal

FUERTES, JOSE R., n'15
Md. Univ. Sch. of Med. '42
Medicina general
Hospital Díaz García

GALLARDO DIAZ, JOSE A., n'09
Univ. de Lausanne Fac de Med. '38
Oftalmología
Ojeda 7—Urb. Ojeda—Santurce

GANDARA, JOSE N., n'07
Long Island Coll. of Med. '33
Radiología
Hospital San José—Santurce

GARCES, JULIO ENRIQUE, n'02
Tulane Univ. of La. Sch. of Med. '29
Medicina general
Fondo del Seguro del Estado

GARCIA BIRD, JORGE, n'15
Univ. of Va. Med. Sch. '41
Obstetricia y Ginecología
Unión 3—Santurce

GARCIA CABRERA, ESTEBAN, n'89
Univ. of Pa. Sch. of Med. '12
Urología
Hospital San José—Santurce

García de la Torre, Félix n'82
Maryland Med. Coll. '03
Medicina general
Paz 6—Santurce

GARRIDO MORALES, EDUARDO, n'99
Medical College of Virginia '24
Medicina general

Gatell, Palmira, n'90
Woman's Med. Coll of Baltimore '10
Medicina general
Taft 7—Santurce

GLINES, WALTER A., n'80
Coll. of Phys. & Surgs. of Baltimore '06
Urología
Tanca 2

GONZALEZ, BENIGNO T., n'17
Louisiana State Univ. Sch. of Med. '42
Cirugía — Olimpo 1, Santurce

GONZALEZ MARTINEZ, ISAAC, n'71
Univ. de Barcelona '97
Radiología
Ponce de León 269
Presidente, Liga Puertorriqueña Contra el Cáncer

GUARCH de FLAX, JOSEFINA, n'16
Med. Coll. of Va. '40
Medicina interna
Obstetricia y Ginecología
Medical Arts Bldg. —Puerta de Tierra

HERNANDEZ MORALES, FEDERICO, n'11
Med. Coll. of Va. '35
Medicina interna
Hospital de la Universidad
Escuela de Med. Tropical —San Juan
Pres. Asoc. Med. Dtto. San Juan

JANER, MANUEL, n'91
Coll. of Phys. & Surgs. of Ba. '12
Cirugía
Medical Center—Pda. 21—Santurce

Jordán, Octavio, n'82
Medico Chirurgical Coll. of Phila. '07
Medicina general
Cruz 15—San Juan

JUAN, ABEL de, n'95
Wayne Univ. Coll. of Med. '21
Salud Pública
Neg. de Epidemiología
Depto. Sanidad—Santurce

JUAN, FERNANDO de, n'87
Univ. o f Michigan Med. Sch. '11
Pediatría
Ponce de León 104—Santurce

KOPPISCH, ENRIQUE, n'04
Jeff. Med. Coll. of Phila. '27
Patología
Escuela de Med. Tropical —San Juan

LANDRON, JOSE, n'01
Syracuse Univ. Coll. of Med. '26
Radiología
Edificio Victory Garden—Santurce

Lang, Albert, n'20
Tulane Univ. o f La. Sch. of Med. 44
Medicina general
Hosp. Presbiteriano

LAUGIER, AGUSTIN R., n'88
Coll. of Phys. and Surgs. of Ba. '14
Oftalmología y Otorrinolaringología
San Justo 4—San Juan

LAVANDERO NIEVES, RAMON, n'87
Univ. Central de España '12
Medicina general
Escuela de Med. Tropical —San Juan

Lippitt, William F., n'65
Univ. of Va. Dept. of Med. '84
Medicina general
Depto. de Sanidad—Santurce

LLOBET, RAMON, n'20
Marquette Univ. Sch. of Med. '42
Cirugía
Hospital Municipal

LOPEZ DE LA ROSA, LEANDRO, n'89
Jeff. Med. Coll. of Phila. '15
Cirugía
Clínica Miramar—Santurce

MALDONADO QUIÑONES, RAFAEL, n'08
Temple Univ. Sch. of Med. '32
Urología
Ponce de León 234

MARCHAND, ANGEL M., n'12
Western Reserve Univ. Sch. of Med. '35
Medicina general
Subcomisionado de Sanidad
Depto. de Sanidad

MARIANI, MIGUEL A., n'94
Emory Univ. Sch. of Med. '16
Oftalmología y Otorrinolaringología
Ave. de Diego 1—Santurce

MARTINEZ ALVAREZ, ANTONIO, n'85
Albany Med. Coll. '11
Patología
Clínica San Ildefonso—San Juan

MARTINEZ RODRIGUEZ, JOSE, n'93
Univ. of Md. Sch. of Med. '17
Medicina general
María Moczó 13—Santurce

MAYMI, JOSE R., n'05
Univ. de París Fac. de Med. '36
Neurología y Psiquiatría
Ave. Fdez. Juncos 11—Santurce

MEJIAS, FRANCISCO J., n'93
Univ. of Md. Sch. of Med. '16
Análisis Clínico
Laboratorio Biológico
Depto. Sanidad—Santurce

MENDEZ, CEFERINO A., n'13
Tulane Univ. Sch. of Med. '38
Medicina general
Ponce de León 24—Santurce

MENDEZ CASHION, DOLORES I., n'15
Med. Coll. of Va. '37
Pediatría
Hospital Presbiteriano—Santurce

Mendin Sabat, José, n'93
Chicago Coll. of Med. & Surg. '15
Medicina general
Ponce de León 216

Mercado, Clemente, n'85
Howard Univ. Coll. of Med. '10
Urología
Naranjos 8—Santurce

MIMOSO, JUAN, n'07
Med. Coll. of Va. '33
Obstetricia y Ginecología
Ave. de Diego 1—Santurce

MOCZO, LUIS R., n'94
Ohio State Univ. Coll. of Med. '25
Pediatría
Loíza esq. Pesantes—Santurce

Molinary, José, n'16
Univ. of Md. Sch. of Md. '41
Medicina general
Fondo Seguro del Estado—San Juan

MONTALVO GUENARD, A., n'82
Baltimore Med. Coll. '12
Tuberculosis
Centro Antituberculoso—San Juan

MONTALVO GUENARD, J. L., n'85
Baltimore Med. Coll. '11
Oftalmología
Aptos. Guayama—Calle Loíza
Santurce

Montenegro, José D., n'70
Univ. Central de Venezuela '93
Medicina general
San Justo 11—San Juan

MONTILLA, EDUARDO, n'16
Columbia Univ. Sch. of Med. '40
Medicina general
Escuela de Med. Tropical—San Juan

MONTILLA, VICTOR J., n'06
Univ. of Md. Sch. of Med. '30
Medicina general
Unidad Salud Pública—San Juan

Mora Vahamonde, Ramón S., n'65
Univ. Central de Venezuela '93
Medicina general
San José 4—Santurce

MORALES, LUIS MANUEL, n'04
Med. Coll. of Va. '26
Neurología y Psiquiatría
Medical Arts Building—Puerta de Tierra

MORALES MUÑOZ, MANUEL, n'94
Chicago Coll. of Med. & Surg. '15
Salud Pública
Ave. de Diego 12—Santurce

MORALES OTERO, PABLO, n'96
Univ. of Md. Sch. of Med. '19
Bacteriología
Director, Escuela de Medicina Tropical
San Juan

MORENO, NARCISO, n'83
Chicago Coll. of Med. & Surgs. '13
Medicina general
Ponce de León 238—Santurce

MUJICA, AGUSTIN, n'97
Jeff. Med. Coll. of Phila. '19
Urología
Edificio Plaza—San Juan

MUNDO, FRANCISCO, E., n'00
Syracuse Univ. Coll. of Med. '27
Medicina interna
Edificio Victory Garden—Santurce

Mussenden, Borinquen, n'18
Woman's Med. Coll. of Pennsylvania '43
Medicina general
Hospital Municipal—Santurce

MUÑOZ MacCORMICK, CARLOS E., n'07
Boston Univ. Sch. of Med. '30
Otorrinolaringología
Terraza del Parque 4
Presidente Asoc. Médica de Puerto Rico — 1944-1945

NAVAS TORRES, ANTONIO, n'94
Jeff. Med. Coll. of Phila. '20
Oftalmología
Edificio Victory Garden—Santurce
Miembro, Tribunal Examinador de Médicos

NOYA BENITEZ, J., n'07
Columbia Univ. Coll. of Phys. & Surgs. '30
Cirugía
Hospital Mimiya—Santurce

OLIVERAS GUERRA, A., n'98
George Washington Univ. Sch. of Med. '24
Cirugía
Ponce de León 216—Santurce
Miembro Tribunal Examinador de Médicos
Tesorero Asoc. Médica de P. R.

ORPI, JR. PEDRO, n'12
Temple Univ. Sch. of Med. '39
Medicina general
Hospital Mimiya—Santurce

ORTIZ, ANTONIO, n'06
Harvard Univ. Sch. of Med. '29
Pediatría
Ave. de Diego 1—Santurce

ORTIZ, IDALIA, n'17
Univ. of Md. Sch. of Med. '41
Pediatría
Ave. de Diego 1—Santurce

Ortiz Guzmán, Guillermo, n'95
Loyola Univ. Sch. of Med. '19
Medicina general
Hipódromo 5—Santurce

ORTIZ ROMEU, A., n'95
Univ. of Tennessee Coll. of Med. '19
Obstetricia
Ponce de León 170—Santurce

Paniagua, Manuel E., n'21
Northwestern Univ. Med. Sch. '42
Medicina general

Pardo, Miguel A., n'95
Univ. Central de Sto. Domingo 25
Obstetricia y Ginecología
Ave. de Diego 21

PARES, MARIA AMALIA, n'14
Maryland Univ. Sch. of Med. '43
Obstetricia y Ginecología
Hospital Municipal—Santurce

PARKER, DARYL M., n'04
Northwestern Univ. Med. Sch. '33
Cirugía
Hospital Presbiteriano—Santurce

PASSALACQUA, JOSE R., n'05
Univ. Nac. de México '43
Medicina general
Hospital Díaz García—Santurce

PAVIA FERNANDEZ, MANUEL, n'96
Chicago Coll. of Med. & Surg. 17
Medicina interna
Hospital Díaz García—Santurce

Pendleton, Adaline, n'17
Univ. of California Med. Sch. '42
Medicina general
Hospital Presbiteriano—Santurce

PEÑA ALMODOVAR, SERGIO, n'99
Emory Univ. Sch. of Med. '25
Medicina general
Ponce de León esq. de Diego
Santurce

Porterfield, J. D., n'12
Rush Medical College '38
Salud Pública
U. S. Public Health Service
San Juan

PICO, JOSE T., n'15
Univ. of Md. Sch. of Med. '33
Otorrinolaringologia
Ponce de León 234

PIÑERO, DOLORES M., n'92
Coll. of Phys & Surgs. Boston '13
Medicina general
Depto. de Sanidad—Santurce

PLA, JOSE SALVADOR, n'99
Temple Univ. Sch. of Med. '27
Obstetricia y Ginecología
Hospital Presbiteriano—Santurce

Pratts, Caroline G., n'15
Washington Univ. Med. School '42
Escuela de Medicina Tropical
San Juan

POLANCO GONZALEZ, J., n'95
Tulane Univ. Sch. of Med. '19
Medicina general
Unidad Salud Pública—San Juan

PONS, JUAN A., n'03
Jefferson Med. Coll. of Phila. '28
Medicina interna
Director de Beneficencia, San Juan

PUJADAS DIAZ, MANUEL, n'88
Coll. of Phys. & Surgs. of Ba. '14
Pediatría
Ave. San Jorge—Parada 43½—Santurce

QUEVEDO BAEZ, MANUEL, n'65
Univ. Central de España '94
Medicina general
Ave. Fdez. Juncos 171—Santurce
Fundador y primer presidente, Asoc. Médica de Puerto Rico

QUINTERO, ERNESTO, n'95
Univ. of Md. Sch. of Med. '20
Urología
Depto. de Sanidad—Santurce

QUIÑONES, JESUS M., n'02
Univ. of Michigan Med. Sch. '24
Dermatología
Fdez Juncos 162—Santurce

Quiñones Jiménez, Frank, n'
Tulane Univ. Sch. of Medicine 44
Medicina general
Ave. Dr. Ashford—Pda. 46—Santurce

QUIÑONES JIMENEZ, NICOLAS, n'93
Chicago Coll. of Med. & Surg. '15
Oftalmología y Otolaringología
Ave. Dr. Ashford—Parada 46
Santurce

Quiñones Jiménez, Jr., Nicolás
Interno Hosp. Universidad
Escuela Med. Tropical

QUIÑONES, NORBERTO A., n'95
Univ. of Md. Sch. of Med. '21
Medicina general
Paz 33—Santurce

RAMIREZ CUERDA, T., n'89
Univ. of Md. Sch. of Med. '11
Cirugía
Ave. Ponce de León—Pda. 23
Santurce

RAMIREZ, URBANO, n'95
Tulane Univ. of La. Sch. of Med. '18
Medicina general
Unidad Salud Pública—Bo. Obrero
Santurce

RAMOS CASELLAS, PEDRO, n'93
Syracuse Univ. Coll. of Med. '07
Radiología
Edificio Victory Garden—Santurce

RAMOS OLLER, A., n'10
Jefferson Med. Coll. of Phila. '36
Cirugía
Hospital Díaz García—Santurce

REICHARD, WILLIAM, n'11
Univ. de Lausanne '38
Otolaringología
Hospital Municipal—Santurce
Ponce de León 234

REYES, ANTONIO R., n'95
Loyola Univ. Sch. of Med. '17
Proctología
Terraza del Parque 2—Santurce

RIERA LOPEZ, SALVADOR, n'00
Boston Univ. Sch. of Med '27
Pediatría
Depto. de Sanidad—Santurce

RIOS, RAMON A., n'92
Chicago Coll. of Med. & Surg. '15
Medicina general
Depto. de Sanidad—Santurce

RIVERA LUGO, ILDEFONSO, n'13
Tulane Univ. Sch. of Med. '37
Patología
Escuela de Med. Tropical—San Juan

RIVERA PORRATA, PASCUAL A., n'92
Georgetown Univ. Sch. of Med. '12
Medicina general
U. S. Veteran's Administration—San Juan

ROBERT DE ROMEU, MARTA, n'90
Tufts Med. Coll. '14
Obstetricia y Ginecología
Depto. de Sanidad—Santurce

RODRIGUEZ, EDITH Z., n'17
Univ. de Marquette '42
Medicina general
Ponce de León—Parada 16—Santurce

RODRIGUEZ EMA, MANUEL, n'05
Univ. of Md. Sch. of Med. '31
Medicina general
Ponce de León 170—Santurce

RODRIGUEZ PASTOR, J., n'95
Jeff. Med. Coll of Phila. '21
Tuberculosis
Ponce de León 234—Santurce
Clínica Antillas—Río Piedras

ROJAS, ELI S., n'08
George Washington Univ. Sch. of Med. '31
Dermatología
Medical Arts Bldg.—Puerta de Tierra

ROLENSON, JULIO R., n'89
Univ. of Md. Sch. of Med. '16
Cirugía
Ponce de León—Parada 26—Santurce

RUIZ CESTERO, GUILLERMO, n'01
Univ. Central de España '27
Radiología
Medical Arts Bldg.—Puerta de Tierra

RUIZ NAZARIO, R., n'92
George Washington Univ. Sch. of Med. '18
Análisis clínico
Escuela de Med. Tropical—San Juan

Sabatelle, Peter E., n'05
Long Island Coll. of Med. '28
Cirugía ortopédica
Miami Apts.—Condado—Santurce

SABATER, JUAN, n'05
Columbia Univ. Coll. of Phys. and Surgs. '30
Medicina general
Hospital Mimiya—Santurce

SANCHEZ FERRERI, JORGE, n'16
St. Louis Univ. Sch. of Med. '41
Medicina general
Hospital Díaz García—Santurce

Santana Náter, A., n'78
Coll. of Phys. & Surgs. of Boston '09
Medicina general
Ribot 4—Santurce

SEGARRA, ELIAS C., n'87
Coll. of Phys. & Surgs. of Baltimore '13
Medicina general
Ponce de León 246—Santurce

SEIN, JOSE ANTONIO, n'02
Univ. de París Fac. de Med. '37
Cardiología
Hospital San José—Santurce

SERRA CHAVARRY, JAIME, n'93
Loyola Univ. Sch. of Med. '17
Medicina general
U. S. Veterans' Administration—San Juan

Shinnick, Thomas, n'12
Tulane Univ. Sch. of Med. '38
Salud Pública
U. S. Public Health Service

SIFRE, RAMON J, n'94
Univ. of Pa. Sch. of Med. '17
Medicina interna
Ave. de Diego 4—Santurce

SIMONET, JACOBO, n'99
Univ. Central de España '25
Tuberculosis
Medical Arts Bldg.—Puerta de Tierra

SKERRETT, VICTOR, n'08
Univ. of Louisville Sch. of Med. '33
Pediatría
Medical Arts Bldg.—Puerta de Tierra

Soler Diorio, Martha, n'19
Univ. of Md. Sch. of Med. '43
Medicina general
Hospital Municipal—Santurce

Springer, Arthur L., n'02
Harvard Med. School '28
Salud Pública
U. S. Public Health Service
San Juan

SUAREZ, JENARO, n'96
Boston Univ. Sch. of Med. '22
Obstetricia y Ginecología
Ponce de León 72—Santurce

SUAREZ, RAMON M., n'95
Medical Coll. of Va. '17
Medicina interna
Hospital Mimiya—Santurce
Presidente, Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico

Suau, Pedro n'13
Tulane Medical School '42
(Interno)
Hospital Municipal—Santurce

TIMOTHEE, CARLOS E., n'98
Univ. of Michigan Sch. of Med. '21
Medicina interna
Luna 37—San Juan

TORO, JORGE del, n'84
Univ. of Md. Sch. of Med. '06
Cirugía
Hospital San José—Santurce

TORREGROSA, ARTURO, n'82
Univ. of Michigan Sch. of Med. '06
Medicina interna (Cardiología)
Ave. Ponce de León 76—Santurce

TRELLES VAZQUEZ, BLANCA H., n'08
Woman's Med. Coll of Pa. '32
Medicina interna
Depto. de Sanidad—Santurce

Trent, Sophie C., n'17
Yale Sch. of Med. '43
Medicina general
Escuela de Med. Tropical—San Juan

VADI, EMILIO, n'98
Wayne Univ. Coll. of Med. '20
Cirugía
Ave. Ponce de León—Parada 15—Santurce

VALLECILLO, ARSENIO, n'83
Univ. de Santiago '08
Medicina general
Depto. de Sanidad—Santurce
Ave. de Diego 37

Vargas, Dharma Luz, n'19
Univ. of Maryland Sch. of Med. '43
Medicina general
Hospital Municipal—Santurce

VAZQUEZ MILAN, HIRAM, n'03
Hahnemann Med. Coll. '43
Medicina general
Ave. Fdez. Juncos—Pda. 26½—Santurce

VILAR, RAFAEL A., '04
Univ. of Md. Sch. of Med. '29
Obstetricia y Ginecología
Depto. de Sanidad—Santurce
Clínica Pereira Leal—Río Piedras
Secretario, Asoc. Méd. de P. R.

VILLAFAÑE de MARTINEZ, JOSEFINA, n'89
Woman's Med. Coll. of Pa. '11
Medicina general
Cervantes 16—Santurce

VONDERLEHR, R. A., n'97
Univ. of Va. Sch. of Med. '20
Salud Pública
Director, U. S. P. H. S. —San Juan

ZARAGOZA, BERNARDO, n'92
Univ. de Valencia '16
Medicina general
Unión 1—Santurce

ZARATT, JACINTO, n'74
Univ. of Pa. Sch. of Med. '97
Oftalmología
Ponce de León 179—Santurce

Yordán, Edgardo
Interno Hospital Presbiteriano

SAN LORENZO

Zengotita, José De, n'79
Chicago Coll. of Med. and Surg. '14
Medicina general
Beneficencia
Medicina general

SAN SEBASTIAN

MUÑIZ, ANTONIO, n'98
St. Louis Univ. Sch. of Med. '23
Medicina general

RODRIGUEZ FORTEZA, FELIX A., n'10
Medical Coll. of Va. '37
Medicina general

SANTA ISABEL

Vélez, Modesto, n'89
Georgetown Univ. Sch. of Med. '13
Medicina general

TOA ALTA

TOA BAJA

TRUJILLO ALTO

UTUADO

CINTRON MOTTA, JULIO, n'73
Univ. de Barcelona Fac. de Med. '89
Medicina general

GONZALEZ OLMO, M., n'16
Univ. Central de Madrid '40
Chicago Coll. of Med. & Surgs. '17
Medicina general

MARCHANY, ANTONIO, n'06
Syracuse Univ. Coll. of Med. '37
Medicina general

Pelegrina, Miguel, n'94
Chicago Coll. of Med. & Surg. '17
Medicina general

VEGA ALTA

ACOSTA VELARDE, JAIME, n'04
Georgetown Univ. Sch. of Med. '29
Medicina general

ZAVALETA, MIGUEL, n'89
Temple Univ. Sch. of Med. '13
Medicina general

VEGA BAJA

IGUINA, JOSE A., n'14
Univ. de Coimbra '39
Cirugía
Policlínica Sánchez Castaño

SANCHEZ CASTAÑO, F., n'98
Georgetown Univ. Sch. of Med. '23
Cirugía
Policlínica Sánchez Castaño

VIEQUES

DAVIS, LEONCIO T., n'98
Middlesex Coll. of Med. and Surg.
Boston '29
Medicina general

VILLALBA

CASANOVA, A. J., n'93
Chicago Coll. of Med. and Surg. '17
Medicina general
Unidad de Salud Pública

YABUCOA

VEVE, MIGUEL, n'96
Tufts Coll. Med. Sch. '20
Medicina general

YAUCO

ANTOMMATTEI, ARMANDO, n'08
Univ. de Temple '32
Cirugía

MATTEI SEMIDEI, TITO, n'08
Univ. de París Fac. de Med. '34
Medicina general
Blasini, F. J., n'00
St. Louis Univ. Sch. of Med. '25
Medicina general
Unidad de Salud Pública

RIGAU, GABRIEL, n'93
Univ. of Md. Sch. of Med. '17
Medicina general
ROCA, JULIO C., n'00
Tulane Univ. of La. Sch. of Med. '27
Medicina general

III

MEDICOS TEMPORALMENTE FUERA DE PUERTO RICO

ALONSO, MIGUEL, n'11
Univ. of Md. Sch. of Med. '35
Otorrinolaringología

AMOROS, LUIS A., n'09
Univ. Nacional de La Habana '40
Medicina general

Apellaniz, José, 01
Univ. of Pa. Sch. of Med. '23
Medicina general

Jiménez, Buenaventura, n'80
Univ. of Michigan '04
Medicina interna

CAJIGAS, TOMAS, n'94
George Washington Univ. Sch. of Med. '18
Análisis Clínico

Meléndez Santiago, Juan, n'92
Chicago Med. Sch. '25
Medicina general

Armstrong, Robert T., n'10
Tulane Univ. of La. Sch. of Med. '37
Medicina general

Avilés, Jacinto, n'76
Ohio Med. Univ. '04
Cirugía

CARRERA, GUILLERMO M., n'13
Tulane Univ. of La. Sch. of Med. '37
Patología

DOMINGUEZ, CARLOS A., n'08
Dalhousie Univ. Fac. of Med. '36
Cirugía

DUNSCOMBE, WILLIAM C., n'81
American Med. Missionary Coll. '06
Cirugía

ESTELLA ENTRALGO, HONORATO, n'11
Univ. de Salamanca, España '35
Dermatología

FERNANDEZ MARINA, R., n'09
Univ. Central de España '33
Medicina interna

GARRIDO MORALES, MANUEL '90
Chicago Coll. of Med. & Surg. '15
Medicina general

GUZMAN, LUIS R., n'18
Univ. of Md. Sch. of Med. '40
Patología

Hernández Rivera, J. A., n'93
Loyola Univ. Sch. of Med. '17
Medicina general

HERRERO, BLAS C., n'95
Tufts Coll. Med. Sch. '20
Medicina general

KODESCH, J. B., n'11
Univ. of Berne '34
Obstetricia y Ginecología

Ortíz, Pedro N., n'89
Boston Univ. Sch. of Med. '19
Medicina interna

PICO, GUILLERMO, n'15
Univ. of Md. Sch. of Med. '40
Oftalmología

Piñero Fernández, Ramón '00
Univ. de París Fac. de Med. '33
Medicina general

Pressly, J. M. S., n'86
Vanderbilt Univ. Sch. of Med. '10
Obstetricia

RIFKINSON, NATHAN, n'12
Emory Univ. Med. Sch. '36
Patología

Rivera, Rafael M., n'04
Univ. of Kansas Sch. of Med. '32
Dermatología

Martínez William H., n'08
Tulane Univ. of La. Sch. of Med. '30
Medicina general

MEJIA CASALS, ALBERTO L. n'11
Univ. de París Fac. de Med. '36
Urología

MALDONADO QUIÑONES, RAMON, n'03
N. Y. Univ. Coll of Med. '28
Medicina general

RODRIGUEZ PEREZ, DAVID, n'15
Univ. de Heidelberg '40
Cirugía

SULLIVAN, PATRICK J., n'07
Georgetown Univ. Sch. of Med. '34
Medicina general

UMPIERRE, RAMON C., n'93
Med. Coll. of Va. '16
Medicina general

VELAZQUEZ, FEDERICO, n'03
Univ. de París Fac. de Med. '34
Medicina general

IV

MEDICOS ADSCRITOS A LAS FUERZAS ARMADAS

Acevedo Defilló, Carlos, n'10
Hahnemann Med. Coll. of Phila. '42
Medicina general

Acevedo, Norberto
Medicina general

Aguiló, Oscar, n'17
Med. Coll. of Va. '42
Medicina General

AYBAR, JOSE A., n'05
George Washington Univ. Sch. of Med. '31
Medicina general

Arsuaga, Lorenzo '13
Hahnemann Med. Coll. '41
Medicina general

BASORA DEFILLO, J., n'03
Long Island Coll. of Med. '31
Pediatría

BAYONET, NATALIO, n'09
Univ. de París Fac. de Med. '34
Urología

Beltrán, Juan M., n'21
Cornell Univ. Sch. of Med. '43
Medicina general

BIERLEY, JOHN R., n'08
Univ. of Cincinnati Coll. of Med. '34
Cirugía

BLANCO, RAFAEL A., n'09
Vanderbilt Univ. Sch. of Med. '36
Medicina general

BOU LOPEZ, JOSE, n'15
Med. Coll. of Va. 39
Medicina general

BUSO CARRASQUILLO, ROBERTO, n'12
Univ. de París Fac. de Med. '37
Medicina general

Busquets, Antonio R., n'16
Georgetown Univ. Med. Sch. '42
Medicina general

BUXEDA, ANGEL ROBERTO, n'16
Hahnemann Med. Coll. '40
Medicina general

Cabrera, Fernando, n'

CALDERON, AUREO, n'09
Univ. Nac. de México
Medicina general

Canino Pont, Fernando, n'17
Hahnemann Medical Coll. '42
Medicina general

CARDONA, JOSE NESTOR, n'09
Hahnemann Med. Coll. '35
Cirugía

Carmona, Manuel G., n'

Carrasquillo, Modesto, n'20
Univ. of Cincinnati '43
Med. general

Carrera Jr., Manuel, n'

CASANOVA DIAZ, JOSE R., n'10
Univ. of Md. Sch. of Med. '37
Cirugía

Casanova Díaz, A. S. n'18
Temple Univ. Sch. of Med. 42
Medicina general

CASHION, MARVIN S., n'10
Med. Coll. of Va. '37
Cirugía U.S.P.H.S.
(Ave. Dr. Ashford - Pda. 46-Santurce)

CASTRO, CARLOS M., de, n'93
N. Y. Med. Coll. '18
Medicina general
Selective Service - Santurce

CHAVES ESTRADA, JOSE, n'99
Boston Univ. Sch. of Med. '26
Salud Pública
(Belaval 8 - Santurce)

Chiqués, Carlos M., n'16
Univ. of Md. Sch. of Med. 41
Medicina general

Cintrón, Miguel, n'

Colón Bonet, Juan, n'18
Syracuse Univ. Coll. of Med. 43
Medicina general

Colón Dávila, Jorge A., n'15
Med. Coll. of Va. '40
Medicina general

Colón Rivera, Egidio E., n'17
Univ. de Louisville '42
Medicina general

Dalmau, Miguel, n'17
Univ. de Maryland '43
Medicina general

Dávila Boria, Julio E., n'17
Hahnemann Med. College '42
Medicina general

Dávila López, José G., n'17
Maryland Univ. Sch. of Med. '42
Medicina general
DIAZ ATILES, A., n'08
George Wash. Univ. Sch. of Med. '34
Pediatría
Díaz Bonet, Luis A., n'

Diego, Manuel de, n'08
Jefferson Med. Coll. of Phila. '34
Medicina general
Diez Gutiérrez, E., n'17
Univ. of Md. Sch. of Med. '41
Medicina general
Diez Rivas, Federico, n'

Domínguez, Rafael H., n'

Fernández Cerra, Eugenio, n'

FERRAIUOLLI, E. BLAS, n'14
George Washington Univ. '36
Cirugía
Ferraiuoli, José, n'
Fiol Bigas, José, n'
Firpi, Jr., Miguel A., n'18
Georgetown Univ. Sch. of Med. '43
Medicina general
García Castillo, A., n'17
Jefferson Medical College '43
Medicina general
García Blanco, José P., n'
García Mercado, L., n'13
Tulane Univ. of La. '39
Medicina general
Medicina general
Gelabert, José, n'

Gelpí, William P., n'10
George Washington Univ. Sch. of Med. '33
Medicina general
GIL RIVERA, RAFAEL, n'15
Medical Coll. of Va. '39
Obstetricia y Ginecología
GODINEZ, MARCOS A., n'09
Georgetown Univ. Sch. of Med. '33
Obstetricia y Ginecología
González, Frederick Joaquín, n'

GONZALEZ GIUSTI, J. R., n' 25
Harvard Med. Sch. '39
Cirugía
GUIJARRO COBIAN, ANTONIO, n'97
Tufts Med. Coll. '20
Urología

Gorlin, Philip, n'09
Royal Coll. of Phys. & Surgs. of Edinburgh '35
Tuberculosis
GUZMAN RODRIGUEZ, MANUEL, n'92
Chicago Coll. of Med. & Surg. '15
Radiología
Haugh, Donald C., n'13
Ohio State Coll. of Med. '39
Obstetricia y Ginecología
Hereter, Jorge A., n'

HERNANDEZ MATOS, J., n'07
Univ. Nacional de México '34
Medicina general
Hernández Usera, Vicente, n'96
Georgetown Univ. Sch. of Med. '18
Medicina interna
HING, WILLIAM, n'12
Univ. of Michigan Med. Sch. '36
Pediatría
Hostos, Eugenio M. de, n'

JIMENEZ LOPEZ, ROBERTO J., n'09
Harvard Med. School '36
Medicina general
Jiménez Torres, Carlos, n'21
George Washington Univ. 43
JULIA, CARLOS M., n'08
Univ. de París Fac. de Med. '35
Medicina general
Kraft, George L., n'09
Univ. of Ill. Coll. of Med. '35
Cirugía ortopédica
Lacourt, Luis L., n'13
Tulane Univ. Med. Sch. '40
Medicina general
LANDRON, DANIEL, n'08
Temple Univ. Sch. of Med. '35
Medicina general
Ledesma Diaz, Frank, n'

Lergier, Julio E., n'17
Univ. of Syracuse Sch. of Med. 41
Medicina general
Licha, Salomón, n'18
Univ. of Md. Sch. of Med. 41
López Elías, Francisco, n'15
Univ. de Santiago 42
Medicina general
López Sanabria, Ulises, n'13
Hahnemann Med. Coll. '40
Medicina general
Marchand, Ernesto Juan, n'

Marchand, Juan R., n'21
Louisiana State Univ. 43
Medicina general
Martínez, Braulio, n'

Martínez, Héctor A., n'
Georgetown Univ. Sch. of Med. '40
Medicina general
Matta Jr., Enrique, n'

Méndez, Néstor H., n'17
Univ. of Md. Sch of Med. 43
Medicina general
Méndez Corrada, Rodrigo, n'17
Temple Univ. Sch. of Med. 43
Medicina general
Miranda, Angel N., n'

Monserrate, Fernando L., n'14
Columbia Univ. Coll. of Phys. & Surgs. 41
Medicina general
Morales, Juan Enrique, n'21
St. Louis Univ. Sch of Med. 43
Medicina general
Morales, Luis Albert, n'

Mudafort, Miguel, n'

MUGRAGE, RALPH M., n'04
Univ. of Cincinnati Coll. of Med. '32
Cirugia
Nadal, Héctor, n'

Navoa Caballero, Miguel, M., n'16
Univ. of Md. Sch. of Med. '41
Medicina general
Oliver, G., n'

Oms, Luis R., n'13
Tulane Univ. of La. Sch. of Med. '38
Medicina general
Padró, Fernando, n'
Univ. de la Habana '40

PALMER LOPEZ, A., n'17
Hahnemann Medical Coll. '41
Medicina general
Panzer, Ralph P., n'13
Coll. of Md. Univ. of Cincinnati '38
Medicina general
PASSALACQUA, LUIS, A., n'98
George Washington Univ. Sch. of Med. '25
Cirugía
PEREA, LUIS R., n'10
Dalhousie Univ. Fac. of Med. '36
Medicin general
Pérez, José Antonio, n'

PEREZ SANTIAGO, ENRIQUE, n'16
Univ. of Md. Sch. of Med. '43
Medicina general
Pfuetze, Robert E., n'09
Univ. of Kansas Sch. of Med. '35
Medicina general
Pons, Carlos, n'

Porrata Doria, Rafael, n'14
Louisiana State Univ. '42
Medicina general
POU VALLDEJULI, J., n'11
Univ. of Pa. Sch. of Med. '35
Cirugía
Raffucci Arce, Francisco, n'

Ramírez, Eli A., n'

RAMIREZ SMITH, KENNETH, n'16
Hahnemann Med. Coll. '40
Medicina general
RAMIREZ, RAMON E., n'97
Univ. of Pa. Sch. of Med. '23
Pediatría
Ramírez de Arellano, Max, n'16
Northwestern Univ. Med. Sch. '40
Medicina general
Rechany, José E., n'

Rivera Aponte, Pedro A., n'93
Loyola Univ. Sch. of Med. '17
Salud Pública
Robert, José S., n'17
Medical Coll. of Va. '41
Medicina general
RODRIGUEZ MOLINA, RAFAEL, n'01
Med. Coll. of Va. '26
Medicina Interna
(Huicy 10 - Santurce)
RODRIGUEZ PEREZ, E. n'14
Univ. of Heidelberg '40
Medicina general
Rodríguez Pérez, M., n'18
Marquette Univ. Sch. of Med. '43
Medicina general
ROJAS DAPORTA, DULCIDIO, n'16
Hahnemann Med. Coll. '40
Med. general
ROSSELLO, JUAN A., n'13
Univ. of Md. Sch. of Med. '38
Medicina general
(U.S.P.H.S. - San Juan)
Roure, José Angel, n'20
Georgetown University '43
Medicina general

ROVIRA PALES, JOAQUIN, n'15
Tulane Univ. Sch. of Med. '40
Medicina general
RULLAN, ANTONIO, n'18
New York University '43
Medicina general
Salas, Andrés, n'

Salazar, Andrés A., '13
Tulane Univ. Med. Sch. '39
Medicina general
SANJURJO, LUIS A., n'11
Univ. de París Fac. de Med. '35
Urología
SANTIAGO STEVENSON, DWIGHT, n'14
Medical Coll. of Va. '38
Medicina interna
(U.S.P.H.S. - San Juan)
Santos Tejedor, Juan, n'15
Medical Coll. of Va. '43
Medicina general
Scarano, Jenaro, n'21
Medical Coll. of Va. 44
Medicina general
SILVA, EURIPIDES, n'95
Tulane Univ. Sch. of Med. '19
Medicina general
Silva Torres, Edgardo, n'

SLAGLE, THOMAS D., n'05
Cornell Univ. Med. Coll. 32
Cirugía
SMITH, JACOB, n'06
Rush Medical College '33
Cirugía

STOKES, ROY J., n'10
Univ. of Cincinnati Coll. of Med. '36
Medicina general
Sugrañes, José C., n'

Torres Gómez, José M., n'

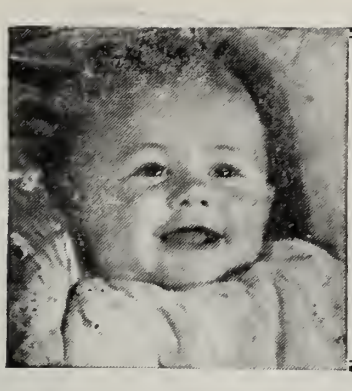
Torres Aguiar, Luis, n'

Torres Oliver, Luis J., n'21
Hahnemann Medical College '44
Trilla, Emilio
Medicina general
Valle, Héctor M., n'

Valiente, Miguel A., n'14
Hahnemann Medical Coll. 40
Medicina general
VARGAS ROSADO, PEDRO, n'11
Univ. de Vienna '40
Medicina general
(U.H.S.P.H.S.—San Juan
Vázquez, Héctor O., n'

VEGA, LUIS B. de la, n'88
Coll. of Phys. & Surgs. of Baltimore '14
Medicina general
Servicio Selectivo - San Juan
VELEZ, FRANCISCO M., n'05
Georgetown Med. Sch. '29
Medicina general
Veve, Frank J., n'19
Jefferson Medical College '42
Medicina general
Vilá, José L., n'

VIVAS, JOSE R., n'10
Medical College of Virginia '34
Tuberculosis



¿QUE ES UNA UTILIZACION MAXIMA?

● La utilización máxima de un alimento infantil significa que su contenido de proteína, grasa y vitamina, ha sido adaptado para asegurar la conversión fácil de los elementos nutritivos al crecimiento del cuerpo.

Por lo general, la proteína en la leche de vaca forma un coágulo grande y duro en el estómago del bebé, y la grasa, debido a su formación globular grande, retarda la digestión.

En DRYCO, estas características han sido eliminadas. El alto contenido de proteína en DRYCO, es afectado en tal modo por el procedimiento de elaboración, que forma suaves y pequeños coágulos que son fácil y rápidamente atacados por los encimos digestivos produciendo una utilización satisfactoria.

En DRYCO, debido a su bajo nivel de grasa adaptada, los glóbulos grandes de la grasa en la leche ordinaria son reducidos a un tamaño que facilita la digestión.

Un paso más para asegurar la utilización máxima, es la fortificación vitamínica, con la cual DRYCO garantiza al bebé las vitaminas A, B_1 y D, en las cantidades estipuladas por las normas establecidas.

El uso clínico de DRYCO durante más de 25 años ha demostrado que con DRYCO, la utilización máxima queda asegurada.

DRYCO

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL



Distribuidores para Puerto Rico:

PLAZA PROVISION COMPANY, Allen 15, San Juan, P. R.

seguridad en la artritis



ERTRON*

se ha encontrado tanto eficaz como seguro en el tratamiento de las artritis crónicas. Como resultado de múltiples estudios minuciosos, los informes clínicos publicados forman una vasta bibliografía.

Estos estudios clínicos están basados en el uso de Ertron— por lo tanto atañen sólo a Ertron.

Ertron sólo—y ningún otro producto—contiene ergosterol vaporizado, activado por energía eléctrica—Método de Whittier.

*Reg. U. S. Pat. Off.

Ertronice al Artrítico

Ertronizar significa: Emplear Ertron a dosis diarias adecuadas, durante un período de tiempo suficientemente largo para obtener los resultados óptimos. Aumentar las dosis hasta llegar a las recomendadas, o hasta alcanzar el nivel de tolerancia. Mantener estas dosis hasta obtener la mejoría máxima.

•

Presentación: Frascos de 50 y 100 cápsulas

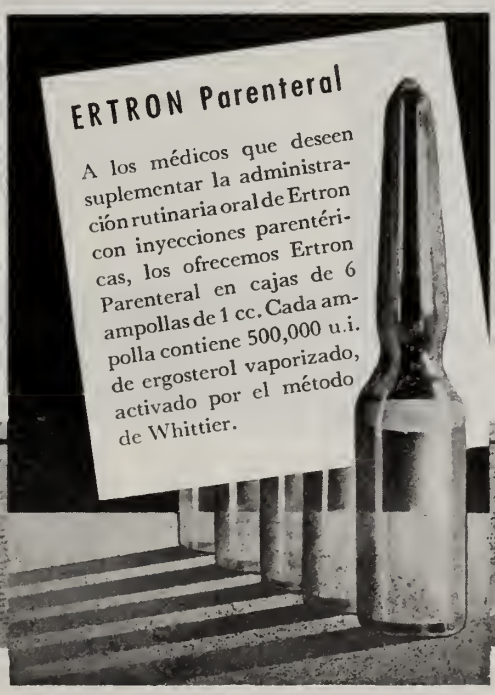
•

Distribuidores Exclusivos en Puerto Rico:

PELEGRINA & LLORENS, San Juan

NUTRITION RESEARCH LABORATORIES

Chicago





Distribuidores:

SUCRS. DE ABARCA, INC.

Depto. de Drogas y Productos Farmacéuticos

Miramar - Santurce, Puerto Rico

THESODATE (Brewer)

Definition: Thesodate (Brewer) is the original ENTERIC COATED tablet of Theobromine Sodium Acetate.

Indications: Thesodate (Brewer) is indicated in the treatment of coronary artery disease, edema, and hypertension.

Distribution: Thesodate (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
*Thesodate, 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

Dose: One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION:
1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G., Arch. Int. Med., Vol. 60, page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F., J. A. M. A., Vol. 109, page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E., Am. H. Jour., Vol. 19, page 639, Number 6, June, 1940.

• Thesodate, 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, INC. **Worcester, Mass., U.S.A.**

Pharmaceutical Chemists Since 1852

HERISAN

(MARCA REGISTRADA)

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" Y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA:	50,000 U. I. de Vitamina A		
	6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo	10 gramos
	Acido Bórico		2 gramos
	Oxido de Zinc		15 gramos
	Talco		15 gramos
	Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en: HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, etc.

Preparado por

ANDROMACHUS CORPORATION

22 East 49th Street. New York 1s-17, N. Y.

Distribuidor: **E. VELEZ POSADA**, Plaza de Colón, San Juan.



Blood Enrichment in Iron-Deficiency Anemia with

COPPERIN

The blood in iron-deficiency anemia is markedly benefited by Copperin administration: hemoglobin percentages quickly rise; red blood cells increase in quantity and improve in quality.

Due to the action of the catalyst, copper sulphate, the amount of iron ammonium citrate per capsule is reduced to only 32 milligrams. But as ALL the iron is made available to the bloodstream, a maximum therapeutic effect is obtained. Copperin does not stain teeth or irritate the gastrointestinal tract and is water soluble. Prescribe Copperin "A" for adults, Copperin "B" for children.

Liberal professional samples gladly sent on request

RAFAEL A. VILLAMIL

Box 530, San Juan, P. R.

TRATAMIENTO ININTERRUMPIDO . . .



SUEÑO REPARADOR

En algunos procesos inflamatorios locales, tales como resfríos de pecho, dolores de garganta, torceduras, lesiones leves, contusiones, furúnculos y carbúnculos, la condición del paciente, que necesita tranquilidad y reposo, puede ser seriamente afectada.

Proporcionando analgesia y descongestión por ocho horas o más con una sola aplicación de NUMOTIZINE el paciente es posible que duerma sin interrupción toda la noche.

NUMOTIZINE

CATAPLASMA ANALGESICA Y DESCONGESTIVA

Con NUMOTIZINE no hay necesidad de cambiar frecuentemente los vendajes, ni son necesarias botellas de agua caliente.

NUMOTIZINE contiene guayacol, creosota de haya, salicilato de metilo, solución de formaldehido en una base de glicerina, químicamente pura, y silicato de aluminio.

Es fácil de ponerse y quitarse. Se suministra en tarros de cristal de 57, 114, 228, 425 y 850 gramos.

NUMOTIZINE, INC., 900 NORTH FRANKLIN ST., CHICAGO 10, ILLINOIS, E. U. de A.







Agente y Distribuidor exclusivo para Puerto Rico:
FRANCISCO N. CASTAGNET - Tanca 1, San Juan, P. R.

NASOFEDRINA

INHALANTE
EN SOLUCION SALINA NORMAL

SOLUCION ACUOSA para usarse en gotas, rocío o taponamientos en la nariz.

Su acción va dirigida a descongestionar la mucosa de la nariz, permitiendo un drenage fácil y respiración franca.

FORMULA

Clorobutanol—(Derivado del Cloroformo).....0.50%
Sulfato de Efedrina.....1.%

En Solución Salina Normal, con Fenol, Eucaliptol, Mentol, Biborato Sódico y Acido Bórico.
Frascos de 30 cc.

Producto de **AFLEG LABORATORIES** San Juan, P. R.

ACCION Y SUAVIDAD



CALSUVIN contiene cantidades adecuadas de Clorhidrofosfato de Cal y Guayacol Sulfonato de Potasa —(Tiocol)— para llenar plenamente su cometido como preparación indicada en el tratamiento de las afecciones catarrales de las vías respiratorias. . . **CALSUVIN** proporciona una medicación de sabor agradable exenta de efectos irritantes sobre el trato digestivo.

Cada cucharada (15 cc.) contiene:
Clorhidrofosfato de Cal.....0.07 gm.
Guayacol-sulfonato de potasa.....0.15 gm.
Vehículo hidroalcohólico de sabor agradable c.s. para.....15 cc.

CALSUVIN

Producto de
AFLEG LABORATORIES
San Juan, Puerto Rico

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL
(Organizada en 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología; bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos urológicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico físico; interpretación roentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifilología; neurología; terapia física; instrucción contínua en diagnóstico cistoendoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatorias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

MEDICINA PRACTICA

Instrucción completa en aquellas materias que son de particular interés al médico en la práctica general. El curso cubre todas las ramas de la Medicina y Cirugía.

RADIOLOGIA

Revisión comprensible de los conceptos de física y altas matemáticas necesarios, interpretación de placas, todos los procedimientos diagnósticos de uso standard, métodos de aplicación y dosis de radioterapia, radium y rayos X; procedimientos fluoroscópicos standard y especiales. Revisión de lesiones dermatológicas y tumores susceptibles de radioterapia, así como con los métodos y cálculos de dosis en los tratamientos. Especial enseñanza de los más nuevos métodos diagnósticos por medios de contraste (broncografía) al lipiodol, uterosalpingografía, visualización de las cámaras cardíacas, insuflación perirrenal y mielografía. Se incluyen, instrucciones sobre disposición y dirección de departamentos radiólogos.

OTOLOGIA AVANZADA

Un curso especial en otología avauzada incluyendo instrucción operatoria en cadáveres, la más reciente técnica operatoria para petrositis, meningitis, cirugía para mejorar defectos auditivos (otoesclerosis), asistencia a clínicas y conferencias, examen pre-operatorio de pacientes, presencia a operaciones, y curso post-operatorio de los enfermos en las salas.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A

MEDICAL EXECUTIVE OFFICER: 345 West 50th St., New York City

Este BOLETIN MEDICO se imprimió

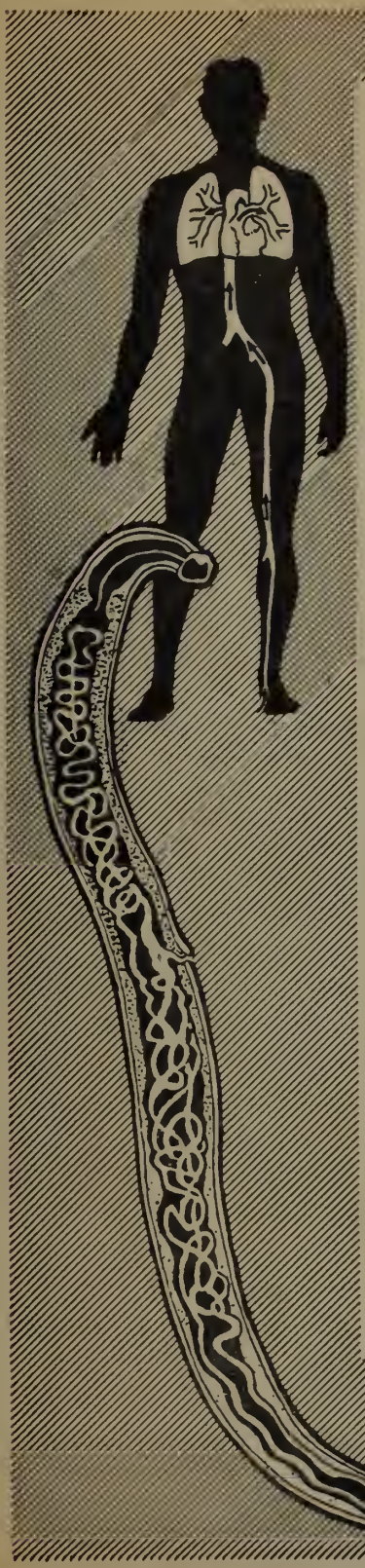
en los talleres tipográficos

de la

IMPRENTA VENEZUELA

Teléfono 2-4703 — Apartado 1481

San Juan 7, Puerto Rico



UN AZOTE A TRAVÉS DE LAS EDADES

En el siglo XVII antes de Cristo ya los papiros de Egipto contenían alusiones al *Ancylostoma duodenale* y otros parásitos intestinales: y aún hoy la *anquilostomiasis* o *uncinariasis* sigue siendo uno de los flagelos más crueles de la especie humana.

Entre todos los antihelmínticos conocidos, posiblemente no hay ninguno que sobrepase a las píldoras "CRYSTOIDS" en eficacia vermicida.

"CRYSTOIDS" ataca tanto la uncinaria como los oxiuros, ascaris o tricocéfalos.

"CRYSTOIDS" es, pues, sumamente eficaz en las infecciones mixtas, que se presentan con tanta frecuencia.

"CRYSTOIDS" representa economía, ya que en muchos casos basta un solo tratamiento con esta droga, para destruir casi todos los vermes.

"CRYSTOIDS" es seguro: mata los parásitos casi instantáneamente y evita las peligrosas migraciones. "CRYSTOIDS" no provoca reacciones desagradables y ofrece el máximo de seguridad terapéutica.

Rp. Frasco de 5 píldoras de 0.2 gm. (tratamiento para adultos). Frascos de 5 píldoras de 0.1 gm. (para niños).

Sharp & Dohme, Philadelphia 1, Pa., E.U.A.

"CRYSTOIDS"

(Poliantihelmíntico de hexilresorcinol)



MUERTE A LAS AMIBAS

La disentería amibiana se encuentra en cualquier parte del mundo en donde haya centros de población. La *Endamoeba histolytica* ataca a hombres, mujeres y niños, sin distinción. Desde su alojamiento en el intestino, este organismo causa la destrucción de los tejidos y da lugar a la amibiasis aguda, subaguda y crónica.

Las amibas están presentes en el contenido del colon, lo mismo que en su mucosa y submucosa, y deben ser destruídas en cada uno de estos sitios.

El Carbarsone, Lilly, ataca y mata las amibas en las tres áreas mencionadas. En dosis terapéuticas, este medicamento es de pronunciada acción amebicida y produce relativamente pocos efectos secundarios. El Carbarsone, Lilly, en dosis bien toleradas, es menos tóxico y generalmente más efectivo que otros arsenicales similares.

PARA LAS RECETAS MEDICAS

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION

Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

AÑO XXXVII SEPTIEMBRE, 1945 NUMERO 9

MAR 2 2 1946

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

SHOULD VITAMIN D BE GIVEN ONLY TO INFANTS?

VITAMIN D has been so successful in preventing rickets during infancy that there has been little emphasis on continuing its use after the second year.

But now a careful histologic study has been made which reveals a startlingly high incidence of rickets in children 2 to 14 years old. Follis, Jackson, Eliot, and Park* report that postmortem examination of 230 children of this age group showed the total prevalence of rickets to be 46.5%.

Rachitic changes were present as late as the fourteenth year, and the incidence was higher among children dying from acute disease than in those dying of chronic disease.

The authors conclude, "We doubt if slight degrees of rickets, such as we found in many of our children, interfere with health and development, but our studies as a whole afford reason to prolong administration of vitamin D to the age limit of our study, the fourteenth year, and especially indicate the necessity to suspect and to take the necessary measures to guard against rickets in sick children."

*R. H. Follis, D. Jackson, M. M. Eliot, and E. A. Park: Prevalence of rickets in children between two and fourteen years of age, Am. J. Dis. Child. 66:1-11, July 1943.

MEAD'S Oleum Percomorphum With Other Fish-Liver Oils and Viosterol is a potent source of vitamins A and D, which is well taken by older children because it can be given in small dosage or capsule form. This ease of administration favors continued year-round use, including periods of illness.

MEAD'S Oleum Percomorphum furnishes 60,000 vitamin A units and 8,500 vitamin D units per gram. Supplied in 10- and 50-cc. bottles and boxes of 48 and 192 capsules. Ethically marketed.

MEAD JOHNSON & COMPANY, Evansville 21, Ind., U.S.A.

P. O. Box 3081 — San Juan, P. R.

SUMARIO

Página

Sobre el diagnóstico diferencial entre las ictericias hepatógenas y obstructivas, A.Rodríguez Olleros, M. D., Santurce, P. R. ---------- 347

The Prevention and Treatment of Scars, Luis A. Passalacqua, M. D., Santurce, P. R. ---------- 355

Paroxysmal Tachycardia in Infancy - Report of a case, Roberto Aguayo, M. D., Bayamón, P. R. ---------- 361

Continuous Caudal Block Anesthesia in Obstetrics, Report of 15 cases, Charles B. Moore, M. D., Mayagüez, P. R. - 364

Movimiento Científico Mundial ---------- 366

Sección de la Biblioteca ---------- 370

NOTAS EDITORIALES

Análisis de Conciencia ---------- 380

Mejoras al Edificio ---------- 381

Asamblea Anual ---------- 382

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del mes ---------- 384

Asociaciones de Distrito ---------- 384

Exámenes de reválida ---------- 385

Distinguido visitante ---------- 385

Personales ---------- 386

Conferencias de divulgación ---------- 386

Página del Auxilio Médico Mutuo ---------- 387

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

(Publicación Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico)

Avenida Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, Puerto Rico

DR. E. MARTINEZ RIVERA
Editor y Administrador

Editores Asociados

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. A. M. MARCHAND
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

El BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO es el órgano oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico. Se publica el día último de cada mes, constando cada volumen de 12 ediciones.

Los trabajos originales deben ser enviados al Editor-en-Jefe, Apartado de Correos 3866, Santurce 29, Puerto Rico, o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); año; volumen y página. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Si el artículo viene acompañado de ilustraciones, debe indicarse en el texto el sitio donde se desea que sean éstas intercaladas. Al dorso de cada ilustración debe hacerse constar claramente el título que deberá acompañarla.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Editor-en-Jefe.

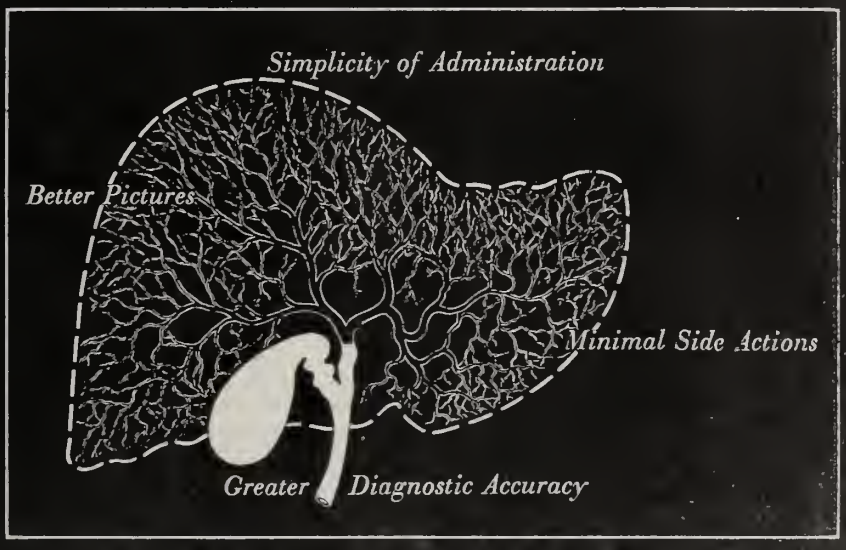
Información en relación con anuncios será suplida a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio estará sujeto a la aprobación del Editor-en-Jefe.

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Puerto Rico under the act of August 24, 1912.

PRIODAX TABLETS

A New Contrast Medium for Cholecystography



PRIODAX is not related to phenolphthalein; and because of its unique chemical composition it rarely produces vomiting. Excretion of most of the compound by the kidney reduces the possibility of diarrhea.

Literature on request

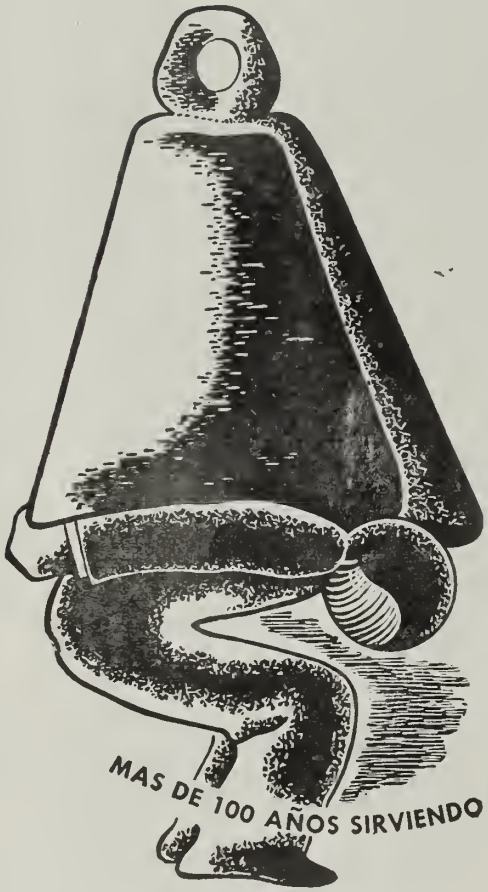
SCHERING CORPORATION BLOOMFIELD • NEW JERSEY

NOW MORE THAN EVER—BUY U.S. WAR BONDS

Distribuidor: CESAR CASTILLO, Tetuán 10, San Juan, P. R.

para aligerar el peso físico...

que pesa sobre la psique



LAS Tabletas de Sulfato de Benzedrina, debido a su benéfica estimulación del sistema nervioso central, tienen la tendencia de disminuir el apetito excesivo, suprimiendo en el paciente obeso—usualmente neurótico—el deseo de comer a todas horas, haciendo que éste se ajuste a la dieta de bajas calorías prescrita por el médico.

El renombrado especialista, J. Ersner, en más de 500 casos de pacientes obesos, y en 55 de individuos "con apetito desmesurado," obtuvo, a pesar de algunos fracasos, pérdidas de 3.2 libras semanales en períodos consecutivos de 3 a 12 semanas.

Lesses y Myerson después de haber tratado favorablemente con Sulfato de Benzedrina cientos de casos de obesidad, afirman: "*no hemos visto nunca evidencias de afición a la droga.*"

MAS DE 100 AÑOS SIRVIENDO A LA PROFESION MEDICA

SKF 1841 1944

A su petición le enviaremos directamente literatura, posología y muestras sobre este producto.

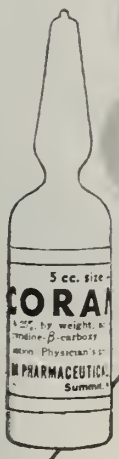
TABLETAS DE

SULFATO DE BENZEDRINA

LABORATORIOS SMITH, KLINE & FRENCH • FILADELFIA, PA., E. U. A.

In critical moments

5 cc. or more



Many years of clinical experience with CORAMINE* (pyridine-beta-carboxylic acid diethylamide) have demanstrated that satisfactory results connot be expected fram an injectian af an inodequate quantity in shack conditians. A single intravenaus injection af at least 5 cc. is necessary ta restore respiration ond circulatian, as well as ta increase intramuscular pressure Subsequent maintenonce dasoge af 1.5, 3.0, ar even 5.0 cc intramuscularly three or faur times daily usually fallaws.

SHOCK due ta trauma, surgery, anesthesia, extensive burns

ASPHYXIA — neanatarum, drowning

POISONING due to opiates, hypnatics, alcohol, carbon manoxide.

CORAMINE

5 cc. Ampuls — Cartons of 3 and 12

*Trade Mark Reg. U.S. Pat. Off.

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC.
SUMMIT, NEW JERSEY
IN CANADA, CIBA COMPANY LIMITED, MONTREAL

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc.
Salvador Brau 70 — San Juan 17, P. R.



Para el tratamiento de la malaria

(Farmacopea Oficial de los EE. UU.)

La TOTAQUINA MERCK, (F.E.U. XII) es una combinación de alcaloides extraídos de la corteza de la *Cinchona succirubra* Pavon y otras especies adecuadas de la quina. Contiene no menos del 7% y no más del 12% de quinina anhidra, y un total de no menos del 70% y no más del 80% de los alcaloides anhidros cristalizables de la quina.

La profesión médica, habituada al blanco nítido del polvo de quinina, no tiene que preocuparse por el color de la TOTAQUINA, pues éste en nada afecta a las propiedades terapéuticas de la droga. El color de la TOTAQUINA en polvo puede variar algo, pero es generalmente castaño claro. La TOTAQUINA es inodora y de sabor amargo. Es casi insoluble en el agua, pero se disuelve pronto en los ácidos minerales diluídos. No es ni higroscópica ni eflorescente. Las incompatibilidades de la TOTAQUINA son semejantes a las del sulfato de quinina, pero la TOTAQUINA no es incompatible con los carbonatos de álcali, de calcio o de magnesio, ni con sus óxidos e hidróxidos.

La TOTAQUINA MERCK (F.E.U. XII) se puede obtener en polvo para las prescripciones facultativas.

MERCK & CO., Inc.

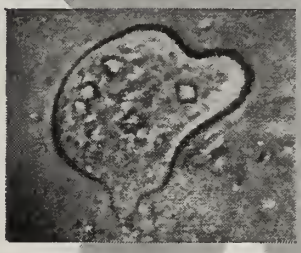
Fabricantes de Productos Químicos de Calidad
Rahway, New Jersey, Estados Unidos de Norte América

MERCK

AMBULATORY TREATMENT

OF CHRONIC

AMEBIASIS



VIOFORM

Neither bed rest nor special routines are required when chronic intestinal amebiasis is treated with VIOFORM[1].

VIOFORM* therapy is:

- EFFECTIVE
- SIMPLE
- SAFE
- INEXPENSIVE

ACCEPTED AMERICAL MEDICAL ASSN.

Available as: tablets of 250 mg., in bottles of 40 and 100; powder, in bottles of ½ oz.
Dosage: 1 tablet 3 or 4 times daily for 10 days; repeat after one week's intermission.

*Trade Mark Reg. U.S. Pat. Off. Word "Vioform" identifies the product as iodochlorhydroxyquinoline of Ciba's manufacture.

1. Goodman, Louis and Gilman, Alfred: The Pharmacological Basis of Therapeutics, The Macmillan Company, New York, page 936, 1941.

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC., SUMMIT, NEW JERSEY
IN CANADA, CIBA COMPANY LIMITED, MONTREAL

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, INC.
Salvador Brau 70 - San Juan 17, P. R.



Agente: RAFAEL A. VILLAMIL - Apartado 530, San Juan 3, P. R.



las PLASTULES HEMATOGENAS

son Fáciles de Tomar

s pacientes no experimentarán dificultad alguna al tomar
s PLASTULES HEMATOGENAS. Están desprovistas de olor
sabor. Las cápsulas de gelatina, pequeñas y blandas, se
agan con facilidad. No producen manchas en los dientes.
Además, las PLASTULES HEMATOGENAS son excepcio-
lmente económicas. El costo es insignificante para el
ciente.

POSOLOGIA

LASTULES HEMATOGENAS Simples
Adultos: 3 Plástules diarias—
una después de cada comida
Niños: 2 Plástules diarias—
después de las comidas

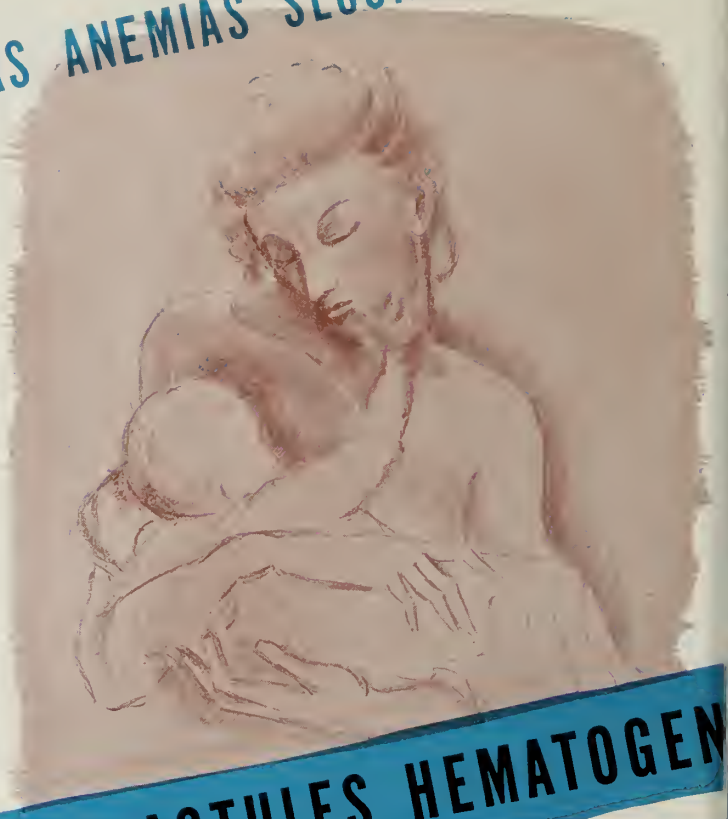
PLASTULES HEMATOGENAS con
Concentrado de Hígado
Adultos: 6 Plástules diarias—
dos después de cada comida
Niños: 1 Plástule diaria—
después de comer



.U. A.

THE BOVININE COMPANY
CHICAGO, ILL., E. U. A.

EVITE LAS ANEMIAS SECUNDARIAS



con PLASTULES HEMATOGEN

La mayoría de los tocólogos recetan el hierro rutinariamente
rante el segundo y el tercer trimestre del embarazo para mant
un nivel hemoglobínico normal, para contribuir al rápido resta
cimiento de la madre, y a la vez, para almacenar las reservas
hierro que requerirá la madre en el período de lactancia subsigui

Para este objeto, las PLASTULES HEMATOGENAS son ideales.
mero, porque son regeneradoras eficaces de la hemoglobina y, seg
do, porque son bien toleradas aún durante el período de gestac

La ingestión rutinaria de las PLASTULES HEMATOGENAS ac
como preventivo de confianza contra anemias secundarias que
drían complicar el período fetal, dando por resultado la anemia
fantil.

THE BOVININE COMPANY
CHICAGO, ILL., E. U. A.

MEDICACION COMPLETA CON EL COMPLEJO DE LA VITAMINA B

En el Elixir Galen B* Fortificado todo el complejo de la Vitamina B natural — derivado del salvado de arroz — se utiliza como vehículo para llevar mayores niveles de tiamina y riboflavina. Cada onza del Elixir Galen B Fortificado suministra 3333 Unidades Internacionales de Vitamina B_1 y 25 gramos de riboflavina, **además de cantidades efectivas de todos los demás factores incorporados en el salvado de arroz,** una fuente rica de todos los factores del complejo de la Vitamina B.



Cada cucharada (15. ml.) contiene no menos de:

Clorhidrato de tiamina (Vitamina B_1)	10.0 mgs.
Riboflavina (Vitamina B_2)	2.5 mgs.
Piridoxina (Vitamina B_6)	2.25 mgs.
Niacina (Acido Nicotínico)	30.0 mgs.
Acido Pantoténico	6.0 mgs.

El Elixir Galen B Fortificado contiene, además, los miembros aun no separados del Complejo de la Vitamina B, tales como la Biotina, el factor Eluate, Inositol, Cholina, Acido Fólico, y el factor del Filtrado.

Cada onza fluída contiene también:

Hierro (como citrato de hierro y amonio)	½ gr.
Manganeso (como citrato de manganeso)	¼ gr.

Cómo Tomarlo: El Elixir Galen B Fortificado puede tomarse sin diluirlo, o puede agregarse a cualquier alimento líquido o semi-sólido. Las dosis profilácticas para adultos varían de una a dos cucharadas diariamente. Para uso terapéutico se recomienda duplicar estas cantidades al doble.

Envase: El Elixir Galen B Fortificado se envasa en frasco de 4 oz. (18.3 ml.), y 8 oz. (236.6 ml.).

Mediante el uso del Elixir Galen B Fortificado en la terapia con tiamina y riboflavina, el médico puede estar seguro de que sus pacientes estarán protegidos **automáticamente, y sin necesidad de una segunda receta,** contra los peligros de la medicación incompleta y deficiente en algunos de los factores de la Vitamina B.

Galen Company

BERKELEY, CALIFORNIA, E. U. A.

Distribuidor: RODOLFO BERNAL, Apartado 2048, San Juan, P. R.



¡DE CALIDAD SUPERIOR!

La experiencia ha demostrado que las bolsas SEAMLESS para agua caliente son realmente lo mejor que usted encuentra. Su durabilidad se debe principalmente a que ellas poseen la más sólida construcción del cuello. (Vea diagrama en círculo). Además, no hay alambre, ni cemento, ni costura que causen rezumamientos.

Las bolsas para agua caliente "SR", al igual que las irrigadoras sencillas y de combinación, llevan en su sello su garantía de calidad!

Este es sólo un grupo de la línea completa de artículos de goma, esparadrapo y vendajes quirúrgicos, algodón, gasa, etc., para farmacias y hospitales, todos los cuales llevan el sello "SR" que significa **CALIDAD SUPERIOR!**

FABRICANTES DE LOS
GUANTES "SR" STANDARD PARA CIRUJANOS

The **SEAMLESS** **SR** **RUBBER** Company

NEW HAVEN, CONNECTICUT
E. U. A.

Marca de Fábrica Registrada

FABRICANDO ARTICULOS DE GOMA DESDE 1877

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc.
Salvador Brau 70 — San Juan 17, P. R.



EQUILIBRANDO LA DESCOMPENSACIÓN CARDÍACA

La terapéutica eficaz de compensación Digitálica urgente, o de sostenimiento, ha progresado mucho desde el descubrimiento de la DIGOXINA por los Laboratorios de Investigación de Wellcome Chemical Works de Inglaterra. El glucósido se aisla totalmente en forma estable, pura y cristalina, y es de composición química y de acción farmacológica definidas.

En la clínica y en el laboratorio, la DIGOXINA llena ventajosamente los requisitos de los preparados galénicos de la digital; no necesita normalización biológica de ensayo; es de acción rápida y sostenida; de menor toxicidad y mejor eliminación.

Literatura descriptiva a disposición de la Profesión Médica

Para Uso Oral:
Solución de Digoxina
0.5 de mgm. por cc.—(con pipeta).
Frascos de 10 y 30 cc.
'Tabloid' Digoxina
0.25 de mgm. por comprimido
Frascos de 25, 100 y 500

Para Uso Hipodérmico:
'Hypoloid' Digoxina
Amps. de 0.5 de mgm. en un cc.
En cajas de 3, 5 y 100 ámpulas



DIGOXINA

GLUCÓSIDO DE LA DIGITALIS LANATA

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES MONTREAL SIDNEY CIUDAD DEL CABO BOMBAY SHANGHAI BUENOS AIRES

Agente: RAFAEL A. VILLAMIL - Apartado 530, San Juan 3, P. R.

CALCIO CON VITAMINA D

EN LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA — EN EL EMBARAZO Y LA LACTANCIA



FOSFATO DICALCICO
GLUCONATO DE CALCIO
VITAMINA D

Muestras clínicas y literatura se encuentran a la disposición de la profesión médica a solicitud.

Exclusive Representative:
JOAQUIN BELENDEZ SOLA
56 Tetuán St. - P.O. Box 1188
San Juan 6, Puerto Rico

NION CORPORATION
LOS ANGELES NION CALIFORNIA

ABBOCILLIN

Penicillin Calcium in Oil and Wax in 5 cc. Vials

Contains 300,000 units per cc. in peanut oil and beeswax - Romansky formula.

Will be very soon at your disposal. Please wait for further literature.

* * *

ABBOTT LABORATORIES PUERTO RICO, INC.

Salvador Brau No. 80 San Juan, Puerto Rico

LAS FARMACIAS DE BLANCO

EN SAN JUAN Y SANTURCE

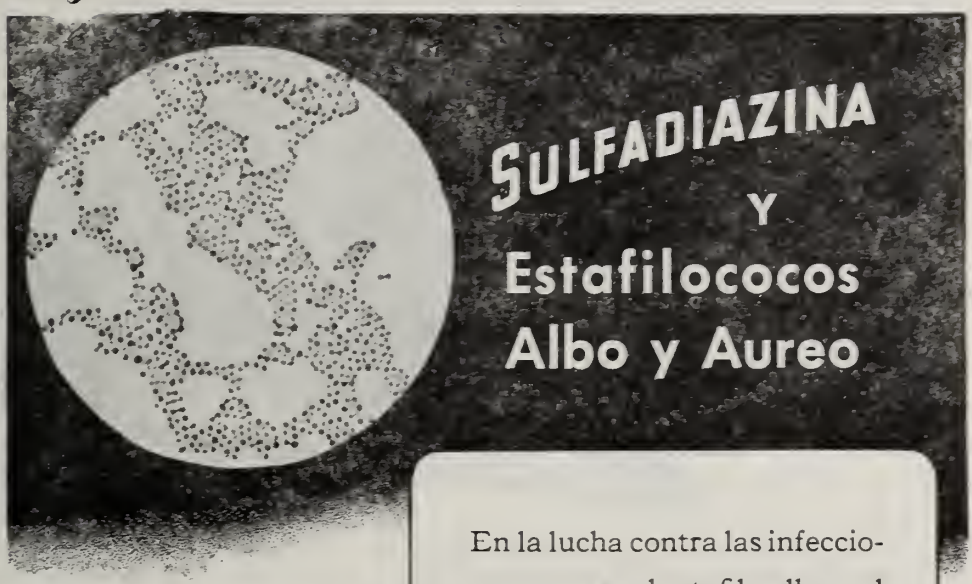
invitan atentamente a la distinguida clase médica para que visite sus instalaciones y departamentos de recetas y solicitan su autorizada crítica.

●

LA FARMACIA DE BLANCO

DE SAN JUAN

cuenta con un frigorífico de gran capacidad para atender en cualquier momento servicios profesionales a los señores médicos y al público en general en que se necesiten bajas temperaturas.

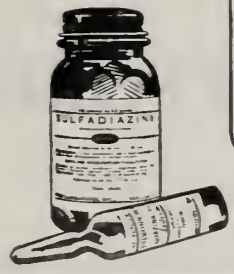


SULFADIAZINA Y Estafilococos Albo y Aureo

En la lucha contra las infecciones a cocos, el estafilo albo y el dorado ocupan los baluartes más irreductibles.

En el ataque combinado de la cirugía, inmunoterapia y quimioterapia, la Sulfadiazina representa el agente terapéutico de mayor eficacia hasta hoy conocido.

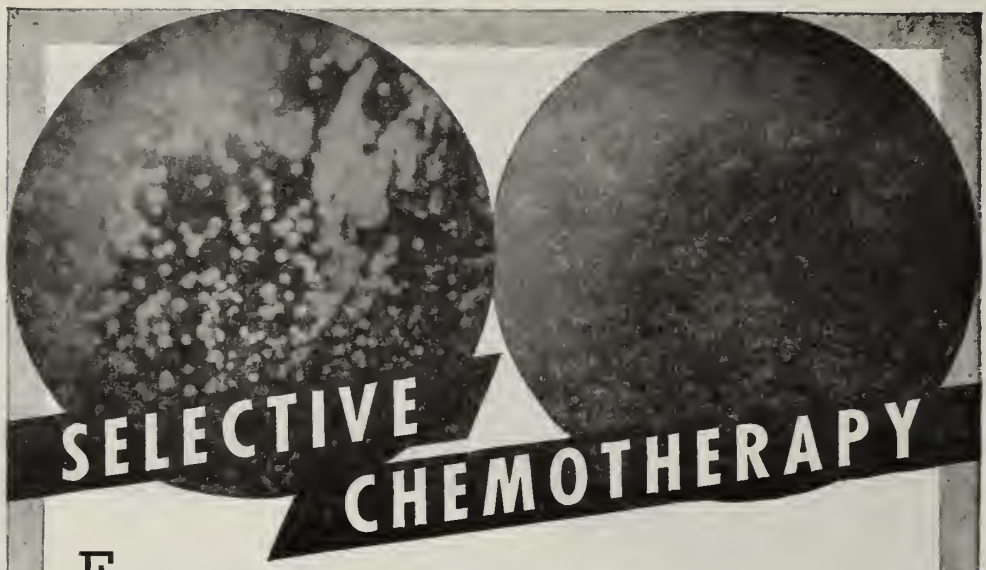
Su empleo local se encuentra reforzado por la vía bucal a las dosis moderadas o altas.



LEDERLE LABORATORIES INC.

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, NEW YORK

SUCURSALES Y REPRESENTANTES EN TODA LA AMERICA LATINA



SELECTIVE CHEMOTHERAPY

For antibacterial chemotherapy there are available a number of related compounds. All have proved highly useful though they differ somewhat in their selective action against the various pathogenic organisms.

Neoprontosil is especially effective against hemolytic streptococci and is of particular value in many infections which are encountered commonly in everyday practice.

Because of its bactericidal action against the invaders of the urinary tract Neoprontosil is efficacious in infections caused by colon, aerogenes and dysentery bacilli and hemolytic streptococci.

Neoprontosil is also employed in some conditions requiring prolonged treatment, particularly ulcerative colitis, because of its relatively lower toxicity.

ORAL AND PARENTERAL MEDICATION

For oral use, Neoprontosil is supplied in tablets of 5 grains and capsules of 3 grains, and for parenteral administration in ampules and in bottles of 2.5 per cent solution and 5 per cent solution.

NEOPRONTOSIL

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

Brand of AZOSULFAMIDE

Disodium 4-sulfamido phenyl-2-azo-7-acetyl-amino-1-hydroxynaphthalene 3,6-disulfonate

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

77 Allen St., San Juan, P. R.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

Publicado mensualmente bajo la dirección de la Junta Editora

Año XXXVII | **SEPTIEMBRE, 1945** | **Número 9**

SOBRE EL DIAGNOSTICO DIFERENCIAL ENTRE LAS ICTERICIAS HEPATOGENAS Y OBSTRUCTIVAS*

A. RODRIGUEZ OLLEROS, M.D.**
Santurce, P. R.

El diagnóstico diferencial entre las ictericias hepatógenas y las obstructivas resulta en algunos casos problema muy difícil, al mismo tiempo que requiere apremiante solución, dado que el diagnóstico de ictericia obstructiva lleva implícita muchas veces una intervención quirúrgica que no admite demora.

Vamos a limitarnos a plantear en forma resumida las diferencias clínicas y fisiopatológicas entre las ictericias debidas a una inflamación aguda del hígado, de las que son prototipo las incluídas en la denominación clásica de "ictericias catarrales", y, de otra parte, las ictericias que tienen por mecanismo patogénico la obstrucción de las vías biliares extrahepáticas. No vamos a ocuparnos de las características que imprimen las distintas etiologías (espiroquetósica, sifilítica, tóxica, etc.) a las hepatitis ictéricas, ni tampoco vamos a diferenciar las diversas causas de obstrucción.

En general, podemos decir que el diagnóstico diferencial entre estas dos formas de ictericia es tanto más difícil cuanto más tardíamente estudiamos los enfermos. Al comienzo, suelen mostrar con bastante nitidez sus características; después, el progreso o la propagación de las lesiones de tal manera entrelazan las patologías que, en el período álgido de una hepatitis, la obstrucción intrahepática por compresión inflamatoria y por invasión de los conductos biliares intrahepáticos convierte en una ictericia predominante de reabsorción la que pocos días antes era puramente de retención. En la otra clase de ictericias puede ocurrir que una puramente obstructiva originada por la llegada al colédoco de un cálculo vesicular, ocasione una colangitis ascendente y después una hepatitis si el cálculo lleva consigo la infección. Pero, aun sin que esto ocurra, la simple obstrucción biliar mantenida por mucho tiempo trae como resultado una "lesión funcional" latente del parénquima hepático que se manifiesta en las pruebas de sobrecarga funcional y otras veces nos sorprende con el síndrome de claudicación funcional y en forma de colorrea que sobreviene al reanudar el hígado su función excretora.

Estas son las razones por las que el haber seguido al paciente desde el comienzo o, en su defecto, el hacer una historia clínica detallada y minuciosa pueden ser factores decisivos para llegar al diagnóstico correcto.

* Participación del autor en conferencias dictadas por la Facultad de la Clínica Pereira Leal en la Escuela de Medicina Tropical, San Juan, P. R. 1945.

** Miembro del Staff Médico de la Clínica Pereira Leal, Río Piedras, P. R.

HEPATITIS

En casos de "itericia catarral" suele tratarse enfermos jóvenes. Recuerdo que en la época de estudiante, con anterioridad a las epidemias suecas de 1925-27, decían nuestros profesores que estos pacientes de "ictericia catarral" solían llegar a las consultas por "rachas". Generalmente se inicia este síndrome con un cuadro de gastroenteritis cuyos síntomas más llamativos, anorexia, repugnancia, vómitos y diarreas, se mezclan con otros signos de infección generalizada, tales como quebrantamiento, cefalea y fiebre. Muy precozmente se nota una orina de color subido, y después la coloración ictérica de la piel y conjuntivas pone de manifiesto que se trata de una enfermedad hepática.

Al explorar estos enfermos es muy frecuente encontrar bradicardia y una actitud psíquica melancólica, a veces con postración y somnolencia, que en los casos graves evoluciona hacia un estado de alternativas de delirio y estupor al mismo tiempo que la bradicardia se torna en taquicardia.

El hígado está aumentado de volumen con borde palpable, terso, redondeado y sensible. También es frecuente la esplenomegalia.

En los exámenes de laboratorio rutinarios para los enfermos agudos, se encuentra en los de hepatitis una volocidad de sedimentación de hematíes normal o disminuída influyendo para ello probablemente la disminución del colesterol y el aumento de globulinas en la sangre. Hay tendencia a una cifra de leucocitos normal o disminuída a expensas de los neutrófilos. Las hepatitis ligeras no se acompañan de síntomas urinarios que indiquen lesión renal; cuando aumentan las lesiones autolíticas y necróticas del hígado se presenta albuminuria con cilindruria, completándose así la tríada sintomatológica: ictericia, lesiones renales y alteraciones psíquicas que acompañada muchas veces de hemorragias caracteriza a las hepatitis graves.

ICTERICIA OBSTRUCTIVA

Un paciente, en general mujer, que viene padeciendo hace bastante tiempo de alteraciones dispépticas, vé aparecer su ictericia en el curso de uno o dos días, siendo la mayoría de las veces (80%) de un dolor cólico. Otras veces, por el contrario, la ictericia se intaura solapadamente, sin cólico, y se trata de persona de bastante edad.

La exploración precoz de estos enfermos muestra con frecuencia un hígado de tamaño normal y dolor en la región vesicular. En otros casos menos frecuentes, precisamente en aquellas personas de edad, con ictericia de presentación solapada, nos encontramos con una vesícula biliar tensa, distendida, signo de Courvoisier, indicativa de que el origen de la obstrucción es extravesicular, y muy probablemente debido a un carcinoma del páncreas. Muchos de estos enfermos tienen fiebre de tipo biliar: súbita, con sudoración profusa.

La velocidad de sedimentación de hematíes está aumentada: en la ictericia obstructiva simple porque aumenta el colesterol sanguíneo al no poderse eliminar por la bilis, y en las ictericias acompañadas de fenómenos inflamatorios de las vías biliares, o provocadas por una neoplasia, la acción acelerante que imprimen estas dos causas a la velocidad de sedimentación se añade al factor anterior para hacer más manifiesto el aumento.

Los casos de obstrucción por neoplasia y los calculosos complicados con inflamación de las vías biliares presentan leuco-

citosis con polinucleosis en tanto que la obstrucción calculosa simple se acompaña de linfocitosis.

No es frecuente que se acompañen de síntomas renales las ictericias obstructivas.

Estas diferencias que presentan las dos clases de ictericia que discutimos en cuanto a la velocidad de sedimentación y en el recuento leucocitario son de observación clásica y, además, recientemente han sido revalorizadas en Estados Unidos por un trabajo de Wawgh.

ALTERACIONES PIGMENTARIAS

Tiene mucho más valor para el diagnóstico diferencial de las ictericias conocer y demostrar en cada una de ellas las alteraciones metabólicas de los pigmentos biliares y de su derivado el urobilinógeno.

En el caso de las hepatitis, la primera manifestación fisiopatológica de las células hepáticas consiste en la incapacidad de fijar, primero, y eliminar por vía biliar, después, el urobilinógeno que les llega desde el intestino. Libre este urobilinógeno en la circulación general, se elimina rápidamente por la orina, pues no tiene dintel renal, ocasionando un aumento de pigmentación de la orina y dando una reacción fuertemente positiva de urobilinogenuria.

En este estadio suele dar, además, positiva la prueba de azul de metileno descrita por Franke para demostrar bilirrubina en orina en el estado pre-ictérico.

Simultáneamente, la capacidad de las células hepáticas de transformar la hemobilirrubina que les llega en colebilirrubina que eliminan, está disminuída, por lo que en los primeros momentos de las hepatitis se produce una hiperbilirrubinemia a expensas principalmente de la hemobilirrubina con reacción indirecta de van den Bergh, y sin que aparezca bilirrubinuria, puesto que la hemobilirrubina encuentra un dintel renal insuperable. De acuerdo con lo que precede, en la fase inicial de la ictericia hepatógena, encontraremos aumento de la urobilinogenuria y de la hemobilirrubinemia sin acompañarse de bilirrubinuria.

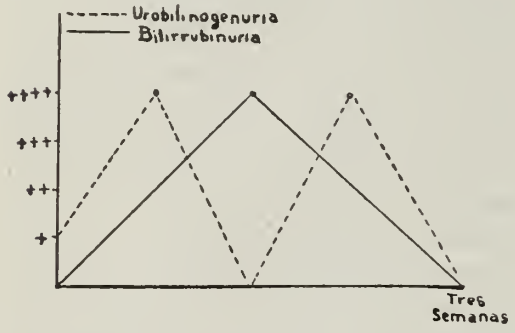
Con el progreso de las lesiones se afectan aquí y allá algunos canalículos intrahepáticos y a su nivel comienza a reabsorberse colebilirrubina; de ahí que en esta fase persistirá la estercobilina y la urobilinogenuria, como en la fase anterior, pero ya la bilirrubinemia tiene las características que la imprimen el haber aumentado sus dos factores, por lo que dará una reacción bifásica de v. den Bergh, en la que si titulamos con la modificación de Varela Fuentes podemos demostrar un aumento de la hemobilirrubina y colebilirrubina. El aumento sanguíneo de esta última fracción va seguido de aparición de bilirrubinuria. Esta fase de progreso de la ictericia hepatógena se caracteriza por presentarse los siguientes signos: 1) estercobilina en excreta, 2) urobilinogenuria, 3) aumento de la bilirrubinemia con reacción de v. den Bergh bifásica y 4) aparición de bilirrubinuria.

Más avanzadas las lesiones, en el período culminante, se produce una panhepatitis y diversos mecanismos ocasionan una "obstrucción intrahepática". En esta fase álgida de las hepatitis los pigmentos biliares no pueden llegar al intestino, cesando la fuente de la que dependía la urobilinogenuria, la cual desaparece. El aumento de la bilirrubinemia a expensas principalmente de la colebilirrubina reabsorbida a nivel de la obstrucción intrahepática se manifiesta por una reacción H de v. den Bergh directa y por fuerte bilirrubinuria.

En la fase regresiva de las lesiones, al

reanudarse la permeabilidad biliar del hígado, reaparece la estercobilina e inmediatamente la urobilinogenuria, y disminuye la bilirrubinemia y la bilirrubinuria.

La gráfica (1) que corresponde a un estudiante que padeció una probable hepatitis epidémica muestra este doble cruce de la urobilinogenuria y pigmenturia que caracteriza la marcha de los pigmentos durante el curso de una hepatitis.



Podría presentarse una modalidad en las variaciones pigmentarias por agravaciones extremas de la fisiopatología, durante las cuales las células hepáticas pierden su capacidad de transformar la hemobilirrubina en colebilirrubina. En este caso, a pesar de persistir la "obstrucción intrahepática", disminuye la bilirrubinuria en razón de que la mayor parte de la bilirrubinemia se debe entonces a la hemobilirrubina.

De la descripción precedente se deduce que son signos indicativos de un estado de mejoría de las hepatitis la reaparición de urobilinogenuria y la disminución de la pigmenturia. No lo sería si únicamente disminuyese la pigmenturia sin simultánea reaparición de la urobilinogenuria. En todos los casos, la valoración de estos signos de mejoría debe hacerse de acuerdo con el curso clínico y constatando otros signos funcionales, tales como la aparición de poliúria y el aumento de la colesterinemia, que en unión de los signos favorables correspondientes a los pigmentos pudiéramos decir que garantizan una recuperación del enfermo.

En las **ictericias obstrutivas** se observan alteraciones pigmentarias fijas especialmente si la causa de la obstrucción es una lesión definitiva y en progreso, como sucede en el caso de un tumor en el curso de las vías biliares. En estos casos, cesa el aflujo de bilis al intestino, desapareciendo la estercobilina, no habiendo, por lo tanto, posibilidad de urobilinogenuria. La bilirrubinemia estará considerablemente aumentada a expensas de la colebilirrubina con reacción directa v. den Bergh, y habrá fuerte bilirrubinuria. En el caso de obstrucción calculosa, suelen producirse escapes intermitentes de bilis hacia el intestino que se manifiestan por apariciones fugaces de urobilinogenuria.

Las alteraciones pigmentarias que hemos descrito están resumidas en forma de sinopsis en el cuadro I.

Si realizamos el cateterismo duodenal, en los casos de ictericia por hepatitis sólo transitoriamente encontramos ausencia completa de bilis; generalmente existe una bilis clara en cuyo sedimento es frecuente ver abundantes leucocitos formando grumos.

En las ictericias obstructivas es corriente la ausencia completa y persistente de bilis, y cuando la obstrucción es incompleta, en el sedimento de la bilis que se obtiene se encuentran con frecuencia numerosos cristales de colesterina y grumos de bilis.

Un signo casi categórico en favor de la patogenia mecánica de la ictericia es la ausencia de fermentos pancreáticos en el líquido duodenal acólico recogido después del estímulo con éter.

ALTERACIONES PIGMENTARIAS

	Ictericia por hepatitis		Ictericia Obstructiva	
Fase inicial	Urobilinogenuria	++	Urobilinogenuria	(—)
	Urobilinógeno en excreta	+++	Urobilinógeno en excreta	(—)
	Hemobilirrubinemia	++	Bilirrubinemia (directa)	++++
	Bilirrubinuria	(—)		
Fase progreso	Urobilinogenuria	++++	Bilirrubinuria	++++
	Urobilinógeno en excreta	++		
	Bilirrubinemia Hemo.	++		
	Bilirrubinemia Cole.	++		
	Bilirrubinuria	++		
Fase culminante	Urobilinogenuria	(—)		
	Urobilinógeno en excreta	(—)		
	Bilirrubinemia (directa)	++++		
	Bilirrubinuria	++++		
Fase regreso	Urobilinogenuria	++		
	Urobilinógeno en excreta	++		
	Bilirrubinemia	++		
	Bilirrubinuria	++		

Cuadro I

OTRAS DIFERENCIAS FISIOPATOLOGICAS

Al aplicar a nuestro diagnóstico diferencial las restantes pruebas funcionales hepáticas hemos de recordar que concurren en el hígado ciertas características que restan valor a la exploración funcional de esta glándula. La primera depende del considerable tamaño de este órgano y su gran capacidad de reserva funcional que hace posible que estando lesionada una parte, aunque sea extensa, el resto supla y sea suficiente para realizar la función exploradora a cabalidad. Además de esto, el gran poder de regeneración hepática explica la discrepancia que amenudo encontramos al enfrentar los resultados de una palpación del hígado con los datos químicos de una exploración funcional.

Estas objeciones, son de mucho más valor cuando se trata de la exploración funcional de una hepatopatía crónica, tal como en casos de tumores aislados de hígado y de cirrosis. Suponiendo que al lado de la producción conjuntiva existan abundantes fenómenos regenerativos glandulares puede explicarse el caso de cirrosis bilharziósica presentado en la semana anterior por el Dr. Hernández Morales: cuadro de exploración funcional normal en contraste con la evidencia clínica y radiológica de cirrosis (ascitis, circulación colateral, hemorroides, várices esofágicas y gastrorragias.

En el caso de las ictericias hepatógenas, por tener su origen la gran mayoría de las veces en un proceso agudo que afecta lesionalmente a gran parte del parénquima hepático y que incapacita funcionalmente a todo el órgano, es posible evidenciar la mayoría de las veces, sirviéndonos de las pruebas funcionales, la incapacidad de función.

Por el contrario, en las ictericias obstructivas, transcurrido un ligero sopor funcional al comienzo, que acompaña inicialmente a las formas de origen cólico, y se manifiesta a veces con una urobilinogenuria, una ligera galactosuria alimenticia o una disminución en la síntesis de glicina y benzoato sódico en ac. hipúrico, en la gran mayoría de los casos la obstrucción prosigue sin que el parénquima demuestre claudicación funcional. En las obstrucciones de mucho tiempo, las cirrosis colangítico-colostáticas que se producen pueden complicar el problema del diagnóstico diferencial al servirnos para ello de las exploraciones funcionales; pero el conocer la patocronía nos servirá de ayuda definitiva.

En nuestros casos de hepatitis realizamos con resultado positivo en proporción decreciente en orden de enumeración las siguientes pruebas funcionales: galactosuria alimenticia de Bauer, floculación de la suspensión de colesterol-cephalina de Hanger, elevación del nitrógeno no proteico-sanguíneo, prueba del ácido hipúrico y prueba de protrombina de Quinck y colesterinemia.

De todas estas pruebas funcionales, la que más fiel y duraderamente se perturba en nuestros casos de hepatitis es la prueba de la galactosuria. Muy recientemente hemos revisado esta prueba en siete pacientes de un total de nueve de hepatitis epidémica que tratamos en el curso de un período de cinco meses que terminó hace medio año y hemos podido comprobar que cinco de los siete pacientes aun presentan galactosurias patológicas con cifras que oscilan entre 3.6 y 5.4 gramos a los seis meses de parecer clínicamente curados.

A manera de síntesis, vamos a exponer a grandes rasgos el curso de dos pacientes nuestros de hepatopatía aguda grave.

Eran una maestra y un maestro, la primera de 30 años, el hombre de 42. Los dos habían padecido trastornos hepáticos

con anterioridad, por lo que sus respectivos médicos los tenían catalogados como enfermos colecistíticos.

Ambos tenían tendencias melancólicas con crisis nerviosas que, en el caso de la mujer, habían justificado anteriormente su reclusión por una temporada en un sanatorio psiquiátrico, mientras que el hombre llegó a nosotros directamente trasladado de una clínica de enfermos mentales, por haber aparecido en él la ictericia a los seis días de estar allí recluído.

Ambos pacientes, febriles, presentaban síntomas nerviosos tales como somnolencia, postración, apatía y delirio; en fin, un cortejo de síntomas que hizo bautizar a los autores franceses este síndrome con el nombre de "folie hepatic".

Se acompañaban de ictericia, siendo en los dos casos, a su comienzo, más intensa la reacción indirecta de Hijmans van den Bergh para cambiarse muy pronto por una franca reacción directa. Durante los primeros días, ambos tenían muy fuerte reacción de urobilinógeno en la orina disminuyendo ésta regularmente y llegando a desaparecer. En el caso del hombre fué transitoria la desaparición, puesto que reapareció pronto, coincidiendo con otros signos mejorativos, pero en el de la mujer el urobilinógeno desapareció de la orina definitivamente. Estos dos casos, contrariamente a lo que según hemos indicado ocurre en las hepatitis menos graves, tenían leucocitosis con ligera polinucleosis.

Los dos casos dieron resultado negativo al investigar la enfermedad de Weil.

La orina presentaba en los dos, trazas fuertes de albúmina con cilindruria muy escasa en el hombre, en tanto que en el caso de la mujer había abundantes cilindros granulosos.

Ambos pacientes mostraron en su período álgido una galactosuria muy patológica, un aumento de las diversas fracciones del nitrógeno no protéico sanguíneo, disminución del colesterol sanguíneo y una incapacidad para mantener el nivel de protrombina a pesar de la administración parenteral de vitamina K.

Tenían en sus comienzos hígado grande y sensible con el borde grueso palpable. La sensibilidad dolorosa era mucho mayor al nivel de la vesícula en la mujer. Presentaban petequias hemorrágicas en las piernas. Con tratamiento apropiado protector del hígado en amboss casos, el curso fué distinto.

En el hombre, ya lo hemos dicho, reapareció urobilinógeno en la orina al mismo tiempo que disminuyó el índice ictérico y la pigmenturia. Simultáneamente, la eliminación urinaria que oscilaba en el período de estado entre 1000 y 1500 cc., 24 hr., aumentó súbitamente a 3000 y 4000 cc. diarios. Aumentó la colesterinemia y comenzó a mantenerse alto el nivel de la protrombina.

Clínicamente, el signo más claro del estado mejorativo de este enfermo fué la desaparición de síntomas nerviosos.

Por contraste, la paciente sigue un curso cada vez peor: aumenta la retención nitrogenada de la sangre. Aparece en la orina una reacción positiva de Millon demostrándose así la presencia de tirosina que proviene de los focos destructivos hepáticos. La bradicardia de los primeros días se torna en taquicardia con pulso tenue; se exacerba la fiebre coincidiendo con la aparición de síntomas respiratorios y esputos hemoptóicos, y sobre todos los síntomas del cuadro destacan la agravación de los síntomas nerviosos pasando del estado de delirio a un estado estuporoso con obnulación mental, somnolencia y, finalmente, coma, del que fallece. La autopsia demostró que se trataba de una "atrofia amarilla aguda".

Vemos en estos dos casos que, desde

el punto de vista funcional, son signos positivos que indican agravación de una hepatopatía el aumento de la bilirrubinemia, el aumento del nitrógeno residual y la disminución del nivel de la protrombina no obstante la administración de vitamina K por vía parenteral. En contraposición, son signos de mejoría la reaparición de la urobilinogenuria con simultánea disminución de la bilirrubinuria y bilirrubinemia, el aumento del colesterol sanguíneo y el aumento de la diuresis.

A MANERA DE CONCLUSION

El diagnóstico diferencial que nos ocupa debe intentar hacerse hermanando siempre los hechos clínicos con la exploración funcional.

Dada la tendencia evolutiva de las alteraciones fisiopatológicas, que son características, a todo caso de ictericia debe hacerse la exploración funcional utilizando un grupo de las pruebas más acreditadas y reiteradamente, de tal forma que, en lugar de obtener lo que Fissigner designó como "instantánea de la función hepática", obtengamos una película del estado funcional del hígado", comenzada desde lo antes posible y continuada por tiempo conveniente.

Siguiendo estas normas, creo que está justificado el optimismo de Steigman, Pepper y Meyer que creen poder realizar acertadamente el diagnóstico diferencial entre las ictericias hepatógenas y obstructivas en el 95% de las veces.

THE PREVENTION AND TREATMENT OF SCARS

(GENERAL CONSIDERATIONS)

L. A. PASSALACQUA, M. D.
Santurce, P. R.

Rich in great possibilities and fraught with special interest is that field of Plastic Surgery that has to do with the prevention and treatment of scar tissue and its complications. The fact that all wounds whether traumatic or surgical, heal with the formation of a scar, gives an idea of the importance and universality of the problem. Many an otherwise successful operation is a continuous source of dismay because of an unsightly or painful scar. A pedicle flap from the forehead in rhinoplasty might leave a deformity requiring plastics in the donor area. The cicatrization of an extensively denuded zone might produce great distortion of function and appearance. A limb might become attached to the trunk, or contractions might completely fix and obliterate the neck.

Yet, the problem might still have deeper roots, and more profound significance, which has little to do with the size and depth of the scar proper. An almost invisible scar might be the source of great mental distress, and perhaps, physical incapacity. Why is it that other things being equal, we are successful in one case, and unsuccessful in another, when in both cases the anatomical and physiological results are the same? And this latter question is still further complicated by the fact that many times our most grateful patients are those in which the physico-anatomical results are not the most satisfactory.

This leads us to the consideration that the attitude of an individual to the presence of deformity produced by a scar is not only related to the size of the scar, but to the personal adjustment of the individual to his environment. All men have an imminent desire to fulfill the standards of the society in which they live; and any variation from that standard might bring loss of self-esteem or be a source of mental torture and anxiety. This condition could be of such a nature that the patient might be thought the victim of a neurosis; although he might not have a basic neurosis and only a situational neurosis without changes of personality. This neurosis develops from a specific external situation, and a lack of adaptation to a particularly difficult situation with a definite conflict of environmental adaptability. Being the neurosis limited to the scar and, therefore, the reflex of a physical defect, removal of the defect will remove the neurosis and the mental anxiety.

On the other hand, the result will be entirely different if we deal with a patient having a basic neurosis. In these individuals with a neurotic personality, the scar is the focus of their psychoneurosis and general change of personality. After the operation, they will immediately find another symptom to focus their psychopathic trend.

The most extensive scars develop from burns, but also from other different types of trauma. Because of the importance of burns in this connection, it should be underlined that the proper treatment of burns will be a prophilaxis against the

formation of scars and development of deformities.

The local care of the burned area is done with the following definite objectives:

1. To prevent or reduce infection.
2. To remove burned bebris and promote healthy granulation.

There are many methods of local treatment of burns. I prefer the saline baths or compresses, and a pressure bandage with vaseline gauze if there is loss of body fluid. The use of sulfa drugs, or penicillin, locally and externally, early in the case, has definite influence in preventing or combating the infection. Skin grafting should be done as early as possible, but the infection should be under control and sufficient granulations should have develop therefore in ten or fourteen days. The split graft is recommended, never pinch grafts. Varios thicknesses may be cut with the Dermatome depending upon the location in which they are to be used.

Deformities resulting from contractures, various painful and adherent scars, are often seen as the end result of severe burns. Contractures occurring about the major joints, hands and neck, respond favorably, as a rule, to the proper application of the Z-Plastic operation or the Zig-Zag plastic operation. If the scar is painful and adherent in those areas where the Z-plastic is not applicable, it will be better to excise the whole scar and to apply to the raw area a thick split graft or a free full thickness skin graft .

When the scar tissue is dissected away from the underlying structures and transplanted, as it is done in Z-plastic, or Zig-Zag-plastic operations, it develops entirely new characteristics that are not typical of scar tissue in general. It can not be considered any more as something static without physiological properties. It becomes living tissue with biological force. The hyperhaemia that follows the surgical trauma, with the corresponding vasodilatation and edema, produces a reversion of the scar into a softer and younger tissue, more dinamic and plastic.

Davis' classification of scars is as follows:

1. Depressed scars
2. Large, unstable scars
3. Large, soft scars
4. Contracted scars
5. Hypertrophic scars or Keloids

This classification has clinical importance because certain characteristics of each type have definite relation to the type of treatment.

The depressed scar is often adherent to the deep structures and may produce pain besides the deformity. It should be excised. A fat-fascia graft might be required to underpad it, or a flap of skin and subcutaneous fat might be placed to replace the scar. If the scar is not too deep or too wide it can be repaired sometimes by the approximation of subcutaneous flaps taken from both sides.

Large, unstable scars are secondary to the destruction of large skin surfaces as seen following great traumas, ulceration or burns. These scars are usually covered with a very thin epithelial layer. Their evolution is slow and are subject to repeated breaks and ulcerations. Not rarely they undergo malignant changes. Relaxation incisions by means of long, longitudinal incisions, parallel to the long axis of the scar are recommended by Davis, but the method of choice is to excise the scar and to cover the area with skin graft.

The large, soft scars have the same level of the skin around it. They are soft, and have little tendency to contract, or

to become adherent to the deep structures. These are best left alone, unless they are in a very conspicuous place. They do not give any trouble. If a skin graft is deemed necessary, a full skin graft or flap is recommended, keeping in mind to match the color. If the scar is small, it is better to remove it in several sections at different stages, following the lines of lange.

The contracted scars constitute the most serious group. In contradistinction to the large, unstable scars these are generally produced by the destruction of both superficial and deep tissues following severe burns, ulcerations, infections, and traumas. Since most of these injuries occur in the flexor surfaces of the extremities, hyper-extension by cast might be indicated to prevent contractures. These scars should be excised and the denuded area covered by graft or flap. Small contractures can be handled by the Z-flap, the Y-flap, or the V-flap.

The hypertrophic scars, usually presents the formation of excessive fibrous tissue within the limits of the original wound. This should be distinguished from the true Keloid, because in the latter the excessive formation of scar tissue invades and encroach upon the surrounding skin, beyond the limits of the original scar. The treatment of Keloids is unsatisfactory. The best treatment today is Radium or X-Ray, or excision with the application of a full skin graft to the area.

II

There has been very rapid progress during the last five years in the use of skin graft. The milestones of this new progress are formed by the recent researches in the histo-biology of the transplanted tissues and in the improvement in the use of instruments and new surgical techniques.

Davis considered that the skin graft was kept alive during the crucial first few days of the transplantation by the absorption of nutrient material from the free lymph that was produced in the recipient area and bathed the epithelial cells of the graft. This is called the osmotic theory. Making use of this principle, skin grafts were placed over the recipient area, covered with vaseline gauze and bandages, and allowed to take. The number of takes, especially in areas of the body that are subject to continuous or frequent motion, like the chest, the neck, or areas near the joints, was not very encouraging.

Following this was the discovery that the graft obtained its nourishments directly from a net of newly formed capilaries that invaded it and continued to develop in it from the first few hours of the transplantation, and that true red blood cells can be present in the graft very early. Under favorable conditions, the blood supply of a free skin graft could be completely established in 48 hours.

To create this favorable condition came the realization that in order for the blood capillaries to cross and grow from the host tissue to the graft, both the host and the graft had to be in absolutely close contact throughout. It was necessary to eliminate all possible factors that could produce even the most temporary and small separation of the tissues. The following factors were thus considered of importance: Hemorrhage, plasma exudates, surface irregularities, especially depressions, angulations, wrinkles in the graft, nodules, etc. Correction of these individual adverse factors was followed by the pressure bandage.

This was a definite advantage. The pressure bandage usually consisted of a

layer over the flap of fine meshed vaseline gauze, evenly placed over which is evenly spread and very carefully, one or two layers of sterile gauze, fluffy mechanics waste or sea sponge, B-pads, bandage, and adhesive. Naturally, the pressure bandage is large, heavy, and cumbersome, and in moving surfaces like the neck and thorax might not be entirely adequate because fixation of the bandage is difficult. To obviate this difficulty, the bandage has been held down to the skin by sutures with long threads placed at the edge of the flap and tied over the bandage. This is some improvement in the technique.

Besides close contact between the graft and the bed as a necessary factor for the passage of the capillaries to the graft, often enough this bridge of capillaries is broken when in spite of the pressure bandage, the graft slides over the bed. Hematomas and serous collections are formed. Stitching the graft around the edge of the defect held the graft in place, but the sliding could occur in spite of the stitches.

Webster developed the film-cemented method of skin graft that protected and prevented the skin graft from wrinkling. With this technique somewhat more time is consumed, the grafts cannot be readily stretched or tailored to fit defects of complicated outline, and cannot be made to cover as large an area as grafts without the film; it cannot be made to conform to depressed or elevated beds because of the unyielding nature of the film; nevertheless, the use of film cemented skin grafts renders easier handling of the graft, and prevents the graft, especially thin grafts, from adhering to itself or being torn during manipulation, a decided advantage when working with Padgett's Dermatome; and, by removing the film from the graft, except at the suture lines, it can be made to conform to or come in close contact with the ondulations of the bed. It also can be applied at normal skin tension and the suturing process is facilitated since needles pass more readily through firm film-cemented grafts than through grafts alone and later are more easily and painlessly removed.

Sano, following experiments in animals, 1943, published his results with the Coagulum-Contact Method for the attachment of skin grafts to the recipient surface. He uses tissue culture methods. In tissue culture, the most frequently used solid medium is heparinized plasma, and embryonic extract or spleen extract in buffered salt solution, which mixed together form a coagulum which serves both as supportive and as nutritive medium. It appeared logical that such a medium would create and optimum environment for cell union of the two opposed surfaces. Autogenous plasma and cell extract is used to avoid possible foreign protein reaction. The leukocytic extract of man has growth-promoting properties very similar to those found in the embryonic extracts.

This method has proven to be of definite advantage and I have combined it with the Webster method of film-cemented skin graft.

The technique I use is as follows:

(a) Preparation of the coagulating agent.

Into a syringe containing 1 mg. of heparin dissolved in 1 cc. of Tyrodes' solution, 5 cc. of the patient's blood are drawn under sterile conditions. The blood is centrifuged and the plasma pippetted off into a sterile tube. This constitutes Solution A. The leukocytic film overlying the erythrocytes (the "buffy" coat) is removed with a platinum loop and placed

in another sterile tube containing 3 cc. of Tyrode's solution and three sterile glass beads. By shaking the "buffy" coat with the Tyrode's solution and glass beads, the cells are broken down forming the desired cellular extract.

2. Preparation of the film-cemented skin-graft.

The curved surface of the Padgett's Dermatome drum is 10 x 20 cms. This may be divided into two equal squares by a scratch line across its surface for a guide to centering the film. A sheet of unwrinkled pliofilm is cut into an oblong strip 12 cm. wide by 24 cm. or more in length. A small notch may be cut at the center of one longitudinal edge, also as a guide. The film is soaked into 70% alcohol for 20 mins., or it may be sterilized by soaking in 1:1000 Merthiolate solution or other suitable disinfectant.

After the donor site has been outline, the film is gripped smoothly at each end with the paper clamps, approximately 12 cms. wide. It is placed on a flat, sterile surface, such as a board, painted with rubber cement, and allowed to dry. The drum is likewise painted on its upturned outer surface, and inside each end and is then allowed to dry. The strip of film held by the clamps is suspended over the drum, roughly centering it by the notch and scratch mark. It is then lowered until contact is made. Smooth adhesions everywhere are obtained by having the assistant rub the film with a dry sponge, gradually progressing with a to and fro motion from the center toward each end. The clamps are removed from the film and triangles of film are cut away at each corner so as to permit the film to be folded over and tucked inside the ends of the drum without wrinkling on the outer drum surface.

The blade of the Dermatome knife is adjusted by the micrometer screw to the desired calibration; the exposed surface of the film and the donor skin area from which the graft is to be removed are painted with rubber cement and the graft is cut in the usual manner.

The film with the adherent graft stretched out on it is pulled away from the drum and placed, graft side down, on a flat, sterile surface, preferably a board moistened with normal saline solutions to be used as needed.

3. Application of the Graft to the recipient area:

The cut surface of the graft, as it lies on the board, after the pattern is cut, is painted with the leukocytic extract, Solution A. The recipient area is painted with the plasma, Solution B. The film-cemented graft is then quickly and neatly removed from the board and placed over the recipient area.

I believe that the combined method of Webster-Sano, as used by me, has definite advantages over either of the methods used alone, and should be used with preference in lesions of the extremities.

Suturing may be dispensed with. Once the film-cemented skin graft pattern, painted with the cellular extract, is placed over the recipient area-painted with the heparinized plasma, the latter comes in contact with the cellular extract, and a thin layer of fibrin is formed. Slight pressure for a few minutes is all that is necessary. The two surfaces become glued together, and there is no retraction or wrinkling of the graft.

BIBLIOGRAPHY

1. *Barsky, A. J.*, Psychology of the Patient undergoing Plastic Surgery. American Journal of Surgeons, 65:238 - 1944.

2. *Barsky, A. J.*, Scars and Keloids and their treatment. Plastic Surgery, W. B. Saunders Company, Phila. Pages 89-92; 1938.

3. *Brown, James B.*, Skin Grafting for Contractures following Burns. Medical Military Mannuals. 5:57-103; 1943. W. B. Saunders Company, Phila.
4. *Davis*, cited by Borski.
5. *Harris, Harold I.*, Heterogenous Skin Grafts by the Coagulum-Contact Method. The American Journal of Surgeons. 65: 315-320; Sept. 44.
6. *Sano, M. E.*, Skin Grafting. A New Method based on the Principles of Tissue Culture. American Journal of Surgeons. 61:105-106; 1943.
7. *Sano, M. E.*, A coagulum-contact method of skin grafting, as applied to human grafts. Surg., Gynec., and Obst., 77:510-513, 1943.
8. *Sano, M. E., Holland, C. A.* and *Babcock, W.W.* The use of Coagulum-Contact Method in Surgery. Surgical Clinics of North America. December 1943 - War Number. Pages 1673-1695. W. B. Saunders Company, Phila.
9. *Sano, M. E.*, The New Coagulum-Contact method of Skin Grafting. Further simplifications of Technique. American Journal of Surg. 64: 359-360; 1944.
10. *Shechan, J. E.*, Plasma Fixation of Skin Grafts, American Journal of Surgeons. 65: 74-78; 1944
11. *Young, F.*, and *Favata, B. V.*, The Fixation of Skin Grafts by Thrombin-Plasma Adhesions. Surgery. 15: 378-386; 1944.

PAROXYSMAL TACHYCARDIA IN INFANCY

REPORT OF A CASE

ROBERTO AGUAYO, M. D.
Bayamón, P. R.

With the exception of Brenneman's Pediatrics[1], other textbooks in Pediatrics have paid little attention to the subject of Paroxysmal Tachycardia in infancy. Usually the subject has been dismissed after relatively short consideration was given to the matter and no attempt has been made in most cases, to differentiate the condition occurring in infancy from Paroxysmal Tachycardia of later childhood.

In 1941 Hubbard,[2] however, presented nine cases of Paroxysmal Tachycardia in infants below a year of age. He called attention to the fact that Paroxysmal Tachycardia in infancy can be readily diagnosed and treated adequately. The infant however may die if proper treatment is not instituted immediately. The diagnosis of this condition can be readily made if the pulse rate is counted as a routine procedure in all young infants. Any heart rate above 200 should make the physician suspicious of this condition.

A differentiation from a 1:1 flutter is not always possible even after an electrocardiogram has been done. When in doubt a diagnosis of supraventricular Paroxysmal Tachycardia should be made. For a complete discussion of this condition the reader is referred to Hubbard's excellent article on the subject.

It is Hubbard's opinion that this is not a rare condition as six of his cases were seen within a year period.

Gibson believes this condition is not uncommon and he makes mention of five cases of Paroxysmal Tachycardia in infants seen by him in a relatively short period of time. I have had the opportunity of observing two of Dr. Gibson's cases at the Children's Memorial Hospital at Chicago.

Paroxysmal Tachycardia may begin in young infants suddenly. It may be associated with other illnesses but it may start as an independent entity. If the condition is not recognized and treated immediately signs of heart failure may appear. The infant may vomit repeatedly. He may present a dusky grayish color with evidence of prostration. Severe dyspnea may appear accompanied by enlargement of the liver and dependent edema. Later, pneumonia may appear as a complication and the infant may die if no proper treatment is instituted.

The radial pulse is usually not palpable and the physician must depend on the heart rate exclusively. The heart increases in size. The temperature may be elevated to 102 F. X-ray of the chest may show pulmonary congestion besides an enlarged heart. The attack may stop spontaneously or the child may go into progressive heart failure and die.

Some infants dying from Paroxysmal Tachycardia has come to autopsy. In few of them, congenital heart defects have been found, but it is doubtful whether this had anything to do with the increased cardiac rate.

The drug of choice in treating this condition should be digitalis. The best way to start digitalization should be in the form of digifolin intramuscularly begin-

ning with an initial dosage of .05 to .10 Gm. This should be repeated until the desired results are obtained. There is clinical evidence to support the contention that children tolerate more digitalis per pound of body weight than adults. These results, however, have not been confirmed at the laboratory. Until more information is gained as to the best and more accurate methods in using digitalis every precaution should be taken in the use of this drug in children.

The fact that this clinical entity is probably as common in Puerto Rico as it has been found to be in other localities has moved me to report this case. There is no doubt that many cases go unnoticed, but by keeping this in mind in any obscure condition in infancy that may present signs or symptoms referable to the cardiovascular system, may help in establishing the diagnosis. The routine counting of the heart beats in the examination of infants is of course the most ideal and scientific way of discovering any case that otherwise would go unnoticed.

The question of a right diagnosis becomes of the greatest importance when we realize the life saving properties of digitalis in these cases.

The only two conditions that could be mistaken clinically are 1:1 auricular flutter and ventricular paroxysmal tachycardia. The former is however very rare and Ventricular Tachycardia is rapidly fatal.

CASE REPORT

Admitted 8-1-44.

Female six month old. Present weight 13 pounds.

Family History: Irrelevant.

Past Personal History: Normal development. No previous illnesses or operations. Feedings: Adequate.

Present Illenss: Twenty-five days ago, this baby was taken sick suddenly with marked restlessness and refused to take her feedings. Next day she began to vomit and her parents noticed that she was dyspneic. The child was seen by many doctors who diagnosed the case as Intestinal Infection, Malaria, etc. Then the mother brought the baby to Dr. García Quevedo's office at Arecibo. Dr. García called me on consultation. When seen by me the baby was very ill, she was very dyspneic and moderately cyanotic. The liver was palpable about 4 finger breadths below costal margin. There was moderately dependent edema of the legs.

The heart rate was rapid and although the heart beats were almost inaudible the rate was found to be around 250 beats per minute. No cardiac murmurs were heard.

An electrocardiogram was ordered immediatey and ½ cat unit of digifolin was given intramuscularly. This was supplemented with digitalis by mouth until a dosage of eight units were given in the whole course of the illness. Heart rate was 300 per minute on admission. The baby was discharged 13 days after admission completely cured. The heart rate had dropped to normal and signs and symptoms of cardiac failure had disappeared completely.

The electrocardiograph showed a supraventricular Tachycardia, with a rate of 300 per minute, this diagnosis was confirmed by Dr. Stanly Gibson at Chicago.

An X-ray of chest done eight days after admission showed moderate pulmonary congestion of lung fields near the hilia.

We followed this child at our private

office and her condition was entirely satisfactory 3 months after discharge.

Summary and Conclusions:

Paroxysmal Tachycardia in infants is a peculiar independent entity. Its occurrence is not uncommon. Signs of cardiac failure may appear if the condition is not treated on time.

Immediate digitalization is the recommended therapy. Death may result if no treatment is given.

I have presented a case of Paroxysmal Tachycardia in infancy with visible signs of decompensation treated with Digitalis and followed by recovery.

BIBLIOGRAFIA

1. *Gibson, Stanley*, In Brenneman's Practice of Pediatrics, III, 13:14.
2. *Hubbard, J. P.*, Paroxysmal tachycardia and its Treatment in young Infants, Am. Journ. Dis. Chid., 61:687, 1941.

CONTINUOUS CAUDAL BLOCK ANESTHESIA IN OBSTETRICS

(REPORT OF 15 CASES)

CHARLES B. MOORE, M. D.
Mayagüez, P. R.

It is not my purpose, in this paper, to present new material in regard to this type of obstetrical anesthesia as the technique, materials used, etc., are commonly known by the medical profession by this time, due to the large number of papers which have been published in the States.

This paper is solely for the purpose of presenting my observations and personal experience with my series of cases.

I have made no attempt to use this anesthesia routinely. I have picked my cases mostly because of the request of the patient. Four cases were multipari and eleven cases primipari. One patient had the caudal block with the first and again with the second baby.

Another patient had post partum eclampsia with her first delivery. (She was delivered by another doctor) and the caudal block was used with her second baby.

There were two failures (both multipari.) One failure was due to the impossibility of inserting the needle into the sacral hiatus, because of a very thick fat pad over the sacrum. The other had an old fracture located in the sacral region and it was very difficult to insert the needle. After 30 minutes there was no evidence of anesthesia and it was felt that the needle was not in the proper place and it was withdrawn. Ten minutes later the pains ceased and there was complete relaxation of the rectal sphincter. An attempt was again made to insert the needle because the pains returned in one hour after the effect of the first injection wore off, but it cuold not be done. It was felt that if the needle had been left in place and the injections continued, that good results would have been obtained.

I use a special malleable needle connected by tubing to a continuous flow syringe. The anesthetic consists of 1.5% Metycain. The patient is placed on her left side, knees flexed and the needle inserted into the sacral canal. 30 cc of solution is injected slowly, after first aspirating to be certain no blood or spinal fluid can be withdrawn. The patient is then placed on her back and observed for 30 min. If no evidence of anesthesia is obtained in this time, another 30 cc is injected. If the blood pressure shows evidence of dropping, an injection of ephedrine is given intramuscular (grains 1/2 or 3/8. The patient notices the beginning of anesthesia by heaviness in her feet and legs and a sensation of labor pains. The amount of anesthetic and the time interval is then continued accordingly to the response of the patient. The patient is allowed to turn and move in any manner which she desires.

DISCUSSION OF RESULTS OBTAINED

Of the 15 cases under study, two were complete failures due to the inability of inserting the needle. One obtained fair results in that she still felt some pain with each contraction but stated that they were much milder. Twelve cases received complete relief of pain and experienced no unfavorable reactions. The average

time of the first stage of labor was 4 hrs. and 20 min. (2 cases being multipari.) One patient had the caudal block with her first baby, (4 hours 30 minutes) and again with her second baby, (one hour and 20 minutes.) This patient is an extremely nervous one but made the statement that having babies in this manner was a joy. The first stage was shortened considerably in all cases.

Episiotomy and low outlet forceps were done in 9 of the 13 cases to terminate the second stage. This was done with no additional anesthesia as there was complete relaxation and anesthesia of the perineum, vagina and rectum. The episiotomy was also repaired with no additional anesthetic. Thus we see that the incidents of low forceps seem to be increased, probably due to the lack of complete cooperation on the part of the mother because of the lack of pains and the absence of the desire to push.

There was no alteration noted in the third stage. The separation time of the placenta was the same and there was no increase of blood loss.

The baby responded immediately in every case and there was less asphyxia noted than in other types of anesthesia. (I am accustomed to use Nembutal and Scapolamine).

Six of the cases (43%) complained of severe leg pains, beginning from one to two hours after the delivery. Morphine was necessary to relieve the pain. I suppose this pain is due to the return of sensation of the nerves again; but why should it happen in only 43% of the cases and why should it happen in these cases and not in spinal anesthesia of which I use routinely in my surgery practice, and have never observed such a reaction as yet.

The pains were relieved by Morphine and did not return again after the effect of Morphine had passed off.

The pre-eclamptic patient entered the hospital in a very nervous state and was very apprehensive. Blood Pressure 145|80 Albumin ++. When she was 3 cm. dilated the caudal block was administered. The pains ceased and the patient began to relax and loose her aprehension. The blood pressure dropped to 125|70. Urine examination showed the albumin still ++ and did not increase during the period of labor.

First stage was 2 hrs. and 30 min. Second stage (10 min.) was terminated without forceps. Third stage was uneventful. The patient did not show any evidence of convulsive seizures.

CONCLUSION

In my opinion this method of obstetrical analgesia is a safe and efficient one meeting all of the requirements. Of course, there is the danger of massive injection into the sub-dural space but this can be avoided by careful technique. There is no noticeable ill effects produced in the baby.

I think the method is especially good for pre-eclamptic patients. It lowers the blood pressure and puts the patient absolutely at ease and she relaxes and becomes very calm. There is one serious objection to this method, however, in that it requires much of the doctor's time, because in the clinics here there are no trained personnel in this procedure and the doctor must be present practically the entire time. It is therefore necessary for him to neglect his office practice and other duties, which makes the method impractical, especially from a financial standpoint.

MOVIMIENTO CIENTIFICO MUNDIAL

SECCION DE EXTRACTOS

CIRUGIA

M. A. Astor

Repair of Stricture of bile duct with Vitallium Tube, Catell, Richard B., The Lahey Clinic Bulletin, April 1945.

The author makes a preliminary report of 30 cases operated within the last three years. Of these 23 cases had duct repair and 7 cases had gastrointestinal anastomosis. The author claims that it is not necessary to use the vitallium tube in the gastrointestinal anastomosis as the usual French catheter will do just as well. Of the 30 cases 22 had satisfactory results, 3 were improved, 2 had failure and 3 died.

The author recommends that both ends of the duct should be dissected and brought together without tension. The vitallium tube should not be used to bridge a gap and no tension should exist in the line of suture.

The Treatment of Certain Types of Fractures with a V2A steel nail in the medullary (The Kuntscher method), Tordoir, B. M., and Moeys, E. J., J. A. M. A., July 14, 1945.

The authors advocate the use of the intramedullary method of splinting fractures by means of a special nail. The nail has a small hole in the head for hooking it. Those used for the femur are straight and those for the tibia and humerus are stlightly curved.

The most appropriate type of fracture for this kind of treatment is the transverse fracture of the shaft, but oblique and spinal and fractures of the diaphyses, together with compound fractures have been treated by the authors with complete success.

The nail is introduced in the femur thru the trochanteric fosa just medial to the greater trochanter after making a small hole with a piercer and the nail is pushed towards the medullary cavity beyond the fracture into the distal fragment.

For the tibia a weak spot just above the tuberosity and in fractures of the humerus both the epiphyses are used.

A perfect reduction of the fracture is one of the essentilas for the success of this method.

The advantages are early mobilization, shorter hospital stay, less stiffness of joints.

After complete ossification is obtained the nail can be hooked thru the hole in the head which has been left outside of the bone and it is pulled out with very little effort.

Spinal anesthesia by Ureteral catheter, Tuohy. Major Edward B., J. A. M. A., May 26, 1945.

In order to avoid the accidental slipping of the spinal needle out of the subarachnoidal space in continuous spinal anesthesia the author advocates the use of an ureteral catheter introduced thru a needle gauge 15 and 3 to 3½ in. long. After the tip of the catheter reaches the tip of the needle it is advanced 1½ to 2 inches in the subarachnoid space and then the needle is withdrawn and slid off the free and of the catheter. A 22 gauge needle ½ inch in length is inserted into the free end of the catheter. A 22 gauge needle is attached a one way stopcock adapter. The syringe containing the anesthetic solution is attached to the other end of the stopcock.

If by any chance the catheter has to be withdrawn during the process of introduction, the needle should be withdrawn first from the lumbar interspace as there

is danger of the point of the needle cutting the catheter and a piece of catheter might be left in the subarachnoid space.

The cathether can be autoclaved under high pressure.

Traumatic Injuries of the Rectum, Blaisdell, Paul C., J. A. M. A., June 23, 1945.

The author advocates saucerization of rectal wounds by removal of the necessary tissues and watchful light packing of the wound with avoidance of sutures. He believes that suturing may lead to fistula formation with consequent reoparation.

Herniation of Fascial Fat and Low Back Pain, Herz, Ralph, J. A. M. A., July 21, 1945.

The author presents 5 cases of excruciating pain in the lower back sometimes extending down the leg, relieved by removal of a herniated tumor of fascial fat.

In all 6 cases there was a history of trauma due to strain which had initiated the pain. In all cases a small mass which was very tender could be palpated in the back and pressure on it caused severe pain which was referred down the leg sometimes. The pain in this mass which is called a "trigger point" can be temporary relieved by injection of procaine or metycaine solution.

The mass is formed by fat lobules which have herniated thru fascial weakness, deficiency or foramina and such lobules can be differentiated into these types of fat hernia: non pedunculated, pedunculated and foraminal.

TUBERCULOSIS

R. T. Colón

Pelvic Schistosomiasis (Mansoni) Associated with Tuberculosis. Case Report, Edward H. Robitzek, The Quarterly Bulletin of Sea View Hospital, Julio 1941.

La Bilharzia y sus manifestaciones patólogicas han interesado a los investigadores desde que fué descubierta en el 1851. Este organismo fué introducido en el nuevo mundo procedente del Africa durante la época de la esclavitud. Se ha encontrado en Egipto, Madagascar, Dakar, Congo, Brazil y Perú. Fué descubierta en Puerto Rico por primera vez por el doctor González Martínez en el 1904, estando éste por aquel entonces ejerciendo la profesión en Mayagüez.

Sin embargo, es muy raro encontrar en la literatura médica alguna referencia respecto a la asociación de la Bilharzia y la Tuberculosis en un mismo individuo. Sorour, trabajando en Egipto ha demostrado que las dos enfermedades se encuentran con frecuencia en el area del Mediterráneo pero que la asociación de las dos es sumamente rara. Cuando se encuentran juntas las lesiones tuberculosas están rodeadas de una densa cápsula de tejido fibrótico. El cree que la presencia de la Bilharzia tiene un efecto estimulante en la producción de tejido fibrótico y que la eosinofilia que está presente invariablemente en ciertas etapas de esta enfermedad es adversa al desarrollo del bacilo de la tuberculosis. Krober reportando un caso en que aparecen asociadas las dos enfermedades está de acuerdo con las manifestaciones de Sorour.

Nota clínica sobre un accidente raro del Neumotórax Terapéutico, Francisco Coronado, Revista Española de Tuberculosis, Tomo V, Fasc. III.

Conocidos son por todos los múltiples accidentes del neumotórax artificial. No hay un neumotorapista que no haya tenido la oportunidad de observar uno de estos accidentes que en algunas ocasiones tienen una iniciación brusca, instantánea, e inesperada, plenos de dramatismo.

Estos fenómenos son atribuídos por algunos a embolias gaseosas y por otros a reacciones inhibitorias cuyo punto de partida es la pleura. Pero ahora no se trata

de estos accidentes bien conocidos, nos referimos a un caso más raro de una fisiopatogenia bastante compleja. Se trata de una neuralgia facial, unilateral del trigémino que se inició en un enfermo afecto de una fimia pulmonar nodulo-ulcerativa del hemitórax izquierdo.

El caso:

Varón de 25 años, hojalatero, su padre y un hermano murieron de T. B. Radiográficamente, siembra nodular-ulcerativa del hemitórax izquierdo.

Punción de neumo con trocar Kiss, previa anestesia con novocaína al ½%, en el quinto interespacio, línea axilar anterior con presión inicial de:—16—13; inyección de 350 cc de aire y presión final de —7—3. A las pocas horas el enfermo acusa un dolor neurálgico intensísimo de todo el territorio cubierto por el trigémino.

A los dos días, nueva punción: —10—5, 500cc de aire, y presiones finales de — 6— 2; nuevo recrudecimiento del dolor neurálgico con irradiación a la parte baja del hemitórax. Nuevas punciones con intervalos de tres a cinco días con presiones iniciales de — 12 — 7, —13 —5; —16— 7 y presiones finales de — 5 —1; —7 —5 y —4—1, siempre el mismo dolor aunque algo atenuado a medida que progresa el tratamiento.

El enfermo no padece de lesiones dentarias ni de senos de la cara. Reflejos normales. No hay tara de afección nerviosa y el enfermo no da historia de haber padecido de neuralgias similares hasta el mismo momento de la punción. La única explicación posible en este caso es que un reflejo sensitivo-doloroso se ha iniciado en las terminaciones nerviosas del Frénico y llevados por las anastomosis nerviosas al neumogástrico y por las ramas del nervio de Jacobson al trigémino produciendo el dolor en todo el campo enervado por el mismo.

OTOLARINGOLOGIA

E. R. Pérez

Summary of Some known facts concerning the Common Cold. A. G. Hilding, Ann. Otol, Rhin. & Laryng, 54:444-60, Sept. 1944.

It seems to have been fairly well established that the common cold is a widespread, contagious epidemic disease which occurs in all climates, especially in the autumn and spring months. It is spread by droplet infection and can be controlled by isolation. It is caused by a specific virus and is frequently followed immediately by complications due to bacterial infection. There are purulent rhinitis, otitis media, laryngitis, and bronchitis. Chilling and exposure are definite etiologic factors, probably because of prolonged reduced temperature in the nasal mucosa. Immunity following attacks is very brief both as far as the virus and the complicating bacteria are concerned. Vaccination is unsuccessful. Prevention by administration of vitamins and so-called "hardening" processes has been largely unsuccessful. Treatment is not very successful and consists principally in symptomatic measures and attempts to prevent complications. 44 references. 9 figures.

Phenylprophylmethylamine: Clinical Study of New, Volatile Nasal Constrictor. Howard L. Stitt, Laryngoscope, 54:623-27, Nov. 1944.

Phenylprophylmethylamine has the same toxicity as ephedrine and about one-half that of amphetamine. An inhaler containing this drug was used for forty months, as a nasal decongestant in 250 patients with rhinological conditions ac-

companied by nasal congestion. Advantages in the use of phenylprophylmethylamine are (1- decongestion without blanching; (2) no irritation; (3- satisfactory degree of shrinkage and duration of action; (4) no undesirable local tissue reactions; (5) no central nervous system or cardiovascular stimulation; (6) safe for use in children as well as adults.

Peritonsillar Abscess: A plan for Conservative Treatment. Alfred B. Berkove, Military Surgeon. 95: 462-66. Dec. 1944.

The routine treatment used for acute tonsillitis and peritonsillar abscess is as follows: All patients are placed on absolute bed rest as soon as admitted to the hospital; hot irrigations are given every 2 hours. The temperature and blood counts are studied. Patients who do not appear "greatly distressed" on admission, who do not show elevation of temperature, or a leukocytosis are given no further treatment. Patients who are much "distressed" and show leukocytosis or lowering of the red cell count, whether they develop fever or not, are given 1 gm. sulfathiazole every 4 hours, in addition to bed rest and saline irrigations, until the temperature becomes normal and or the throat symptoms subside. This treatment was effective in 467 cases of acute tonsillitis, and in 25 cases of peritonsillar abscess. In the case of peritonsillar abscess, resolution or spontaneous rupture occurred in all, without complications.

Treatment of Vincent's Angina of the Tonsil. Norman O. Eaddy, and Maurice Abramson. Jour. South Carolina M. A., 40:255-6, Dec. 1944.

The authors do not feel that sulfonamides are the perfect or even a good answer to the problem of Vincent's angina of the tonsils. They base their conclusions on results obtained in a series of 58 cases of Vincent's angina in which much better results were obtained with neoarsphenamine in 27 cases of Vincent's angina of the tonsil than with sulfonamide therapy in 5 cases. Usually one dose of U. 3 gram neoarsphenanime was given on admission and a similar dose, if needed, 2 or 3 days later. Fourteen patients received 1 injection and 13 received two. Recurrences took place in two cases but cleared up immediately with another injection of neaorsphenamine. Lack of uniform success was the reason for discontinuing the use of sulfonamide therapy. In the cases treated with neoarsphenamine, the drug in glycerine. Used locally was just about as successful as intravenous neoarsphenamine, but the authors have had no experience with this drug. Vitamins and oxygen producing agents have not proved successful in hands. They feel that arsenic is far superior to any other medication for treatment of Vincent's angina.

SECCION DE LA BIBLIOTECA

Por considerar que ello pueda inducir a nuestros compañeros a dispensar a nuestra Biblioteca una atención más detenida, mensualmente publicaremos en esta sección una relación de los artículos originales que aparecen en las revistas médicas de mayor importancia que recibimos en la Biblioteca.

Dichas publicaciones están a la disposición de nuestros compañeros, y podrán consultarse bien directamente en la Biblioteca o en sus propias oficinas. Gustosamente prestaremos a nuestros colegas por un período que no excederá de 10 días, cualquier revista en la cual puedan estar interesados. Se agradecerá, sin embargo, la más pronta devolución de cualquier publicación que les sea prestada, para facilitar así el que el mayor número de colegas pueda beneficiarse de su lectura.

AMERICAN JOURNAL OF DIGESTIVE DISEASES

Vol. 12 *August, 1945* *No.8*

Oral Therapy For Pruritus Ani. Lawrence Griffin Bodkin.

Neurofibroma; A Gastroscopic Report W. D. Paul, **et al.**

The Diarrhea Problem. William Z. Fradkin.

General Treatment Of Diarrhea Disease. William Z. Fadkin.

Sulfanilamide — Experimental Production of Liver Damage: Its Effect on Gastric Acidity. Michael H. Streicher.

Allergy as a Factor in Surface Ulcers, Varicose Veins, Phlebitis Thrombosis. John A. Turnbull.

AMERICAN HEART JOURNAL FOR THE STUDY OF THE CIRCULATION

Vol. 30 *July, 1945* *No. 1*

The Dilution Curve of Activity in Arterial Blood After Intravenous Injection of Labeled Corpuscles. Gustav Nylin.

Changes in the Precordial Electrocardiogram Produced by Extension of Anteroseptal Myocardial Infarction, Francis F. Rosenbaum, **et al.**

The Measurement of the Lung—To—Face Time by Amyl Nitrite. Desiderio Cross, **et al.**

Coartation of the Aorta. Donald DeF. Bauer, **et al.**

Rupture of Ventricular Myocardium. Harold N. Segall.

Interventricular Septal Defect (Roger's Disease) Occurring in a mother and Her Six-Month Fetus. Arthur W. Tucker Jr. **et al.**

The Effects of Amyl Nitrite on the Downward T. Wave of the Electrocardiogram. Emanuel Goldberger.

Incidence of Embolic or Thrombotic Processes During the Immediate Convalecence From Acute Myocardial Infarction. Richard M. Nay. **et al.**

AMERICAN JOURNAL OF OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Vol. 50 *July, 1945* *No. 1*

Carcinoma of the Uterine Cervix, George Van S. Smith, **et al.**

A Transplantable Rat Tumor, Ruth M. Watts, **et al.**

Cesarean Section Mortality. William J. Dieckmann.

Serum Protein in Normal and Toxemic Pregnancy. Robert E. Rinehart.

The Treatment of Functional Dysmenorrhea With Pregneninolone. Floyd E. Harding.

The Possible Role of Bacterial Synergism in Puerperal Infection Due to Anaerobic Streptococci. Seymour R. Steinhorn.

Experience With Continuous Caudal Analgesia in Obstetrics at the University of Michigan Hospital. George J. Andros, **et al.**

Cesarean Section Under Fractional Spinal Anesthesia. William Levine.

The Circulation Of Amniotic Fluid. William F. Mengert **et al.**

Vitamin E. in Menopause Christ J. Christy.

Sulfonamide and Stilbestrol Therapy in Gonococcal Vulvovaginitis.

AMERICAN JOURNAL OF OPHTHALMOLOGY
Vol. 28 *August, 1945* *No.8*

Epidemic and herpetic keratoconjunctivitis. A E. Maumenee, **et al.**

Thrombosis of ocular vessels. A. Loewenstein.

Therapy of nonspecific uveitis with penicillin. S. R. Irvine, **et al.**

Compensation for ocular injuries in the U. S., M. Davidson.

Closure of cataract incisions. A. C. Hilding.

Surgical reconstruction of the upper lid. E. B. Hague.

Orthoptic fictions and misconceptions. L. Wells.

Heredity as a factor in squint. L. R. Dary.

Flaccidness and resilience of cornea and sclera. A. C. Hilding.

Effect of choline in retinal tuberculosis. T. J. Dimitry. **et al.**

AMERICAN JOURNAL OF ROENTGENOLOGY AND RADIUM THERAPY
Vol. 53 *June, 1945* *No. 6*

The Roentgen Examination of the Urinary Tract; With Special Reference to Methods of Examination and Findings in Individual with Testicular Tumors, Joseph C. Bell et al.

Aerosinusitis; A Clinico-roentgenological Study, Martin Schneider.

Solitary Myeloma of the Frontal Bone, Charles Wadsworth Schwatz.

Disseminated Calcified and Bony Nodules in the Lungs Associated with Mitral Diseases, A. Crishman, I. J. Kane.

Malignant Giant Cell Tumor of the Lung, Angelo M. Gnassi et al.

Intussusception of the Stomach, M. H. Poppel, **et al.**

Military Photoroentgen Technique Employing Optimun Kilovolt (Peak) Principles, Arthur W. Fuchs.

Roentgen Therapy for Acute Encephalitis, U. V. Portman, Roger Lough.

AMERICAN JOURNAL OF TROPICAL MEDICINE
Vol. 25 *March, 1945* *No. 2*

Some Epidemiological Aspect of Infectious Hepatitis in U. S. Army, Douglass W. Walker.

The Syndrome, Tropical Eosinophilia and Microfilaria, H. Hartz.

Heterophile Agglutinins and Cold Autohemagglutinins in Schistosomiasis, Filariasis, Malaria, and Leprosy, Gustave J. Dammin.

Localization of Trivalent Radioactive Antimony Following Intravenous Administration to Dogs Infected with Dirofilaria immitis, Frederick J. Brady, et al.

Comparative yields of Endamoeba histolytica—Organism t from Soluble and Insoluble Ingredients of Eggs White in Freshly Prepared and Stored Medium, Charles W. Rees, **et al.**

AMERICAN REVIEW OF SOVIET MEDICINE
Vol. 2 *August, 1945* *No. 6*

Tissue Therapy in Cutaneous Leishmaniasis. V. P. Filatov.

Agonal States and Clinical Death: Problems in Revival of Organisms. V. A. Negovski. Chapter IV: Electrocardiogram During Death and Revival.

Respiration and Anaerobic Glycolysis of Livers and Hepatomas in Mice Fed Orthoaminoazotoluene. N. V. Eltsina.

Adaptation to Anoxia al Different Age Levels. I. A. Arshavski.

The Relation of the Wound Exudate to Healing. M. P. Pokrovskaya.

Delayed Surgical Care of Complicated Gunshot Wounds. A. I. Savitski.

Transplantation of the Cornea. O. I. Shershevskaya.

Specific Titration of Anti-Measles Serum by Complement-Fixation. G. A. Orlov.

AMERICAN REVIEW OF TUBERCULOSIS
Vol. 52 *July, 1945* *No. 1*

Transient Focal Pulmonary Edema. Pierce, Carleton B., **et al.**

Bed-Rest in Tuberculosis. Its Dangers and Proprieties. William M. Peck, **et al.**

Bronchography in Pulmonary Tuberculosis. V. Artificial Pneumothorax. B. A. Dormer, **et al.**

Acid-Fast Bacilli in Nontuberculous Pulmonary Disease. Richard S. Cory.

Incidence of Tuberculosis in Japanese Americans. A Study of a Homogeneous Racial Group. H. E. Bass, **et al.**

Tuberculosis Survey of Food Handlers on the Island of Oahu. Joseph E. Fercaney, **et al.**

Enzymes as Factors in Resistance to Tuberculosis. Bruno Gerstl.

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE
Vol. 22 *June, 1945* *No. 6*

Hirsutism in Female: A Clinical Study of Its Etiology, Course and Treatment. Grosvenor W. Bissell, **et al.**

Penicillin Treatment of Sulfa-Resistant Gonorrhea: Results of 500 Cases Treated with 50,000 Units of Penicillin. Allen I. Josey.

The Clinical Interpretation of Insulin Induced Ketonuria. Norman W. Drey.

Picrotixin in Barbiturate Poisoning. D. L. Burdick, **et al.**

Demonstration of Visceral Pain by Determination of Skin Potencials. Lester M. Morrison, **et al.**

Hypervitaminemia A in the Recovery Stage of Various Diseases. F. Steigmann, **et al.**

The Prothrombin Response to Large Doses of Synthetic Vitamin K in Liver Disease. Shepard Shapiro, **et al.**

Liver Dysfunction Hyperglycemia: Its Etiology and Relation to Diabetes Mellitus, Samuel J. Taub, **et al.**

ARCHIVES OF PHYSICAL MEDICINE
Vol. 26 *August, 1945* *No. 8*

Poliomyelitis . Differential Diagnostic Problems Encountered in an Epidemic. A Theodore Steegmann, **et al.**

Freezing Treatment of Tumors. (Preliminary Communication) Frederick M. Allen, **et al.**

Analysis of the Wac Emergency Physical Therapy. Training Program. F. A. Hellebrandt.

The Challenge of Crutches. II Crutch-Walking. Muscular Demands and Preparation. George C. Deaver, **et al.**

ARCHIVES OF OPHTHALMOLOGY
Vol 34 *July, 1945* *No. 1*

Treatment of Bilateral Retinoblastoma (Retinal Glioma) Surgically and by Irradiation: Report on Progress. Hayes Martin, **et al.**

Ocular War Neuroses. Henry L. Birge.

Electron Microscopic Observations on

Bacteriolysis Produced by Lysozyme of Tears. B. Babudieri, **et al.**

Penicillin Therapy of Infections of the Vitreous. Ludwing von Sallmann.

Influence of Local Application of Sulfonamide Compounds and Their Vehicles on Regeneration of Corneal Epithelium Edwing H. Leopold, **et al.**

Choroideremia. Report of a Case. H. Magder.

Parinaud's Oculoglandular Syndrome Due to a Yeastlike Organisim Frederick H. Theodore.

Management of Paralysis of Divergence. Samuel Kamellin.

ANNALS OF INTERNAL MEDICINE

Vol 23 *July, 1945* *No. 1*

Benign Paroxysmal Peritonitis. Shepard Siegal.

Tissue Calcification and Renal Failure Produced by Massive Dose Vitamin D Therapy of Arthritis. T. S. Danowski, **et al.**

The Syndrome of Psoas, Myositis and Fibrositis; Its Manifestations and Its Significance in the Differential Diagnosis of Lower Abdominal Pain. James A. Greene.

Aids in Physical Diagnosis: Signs over the Lower Left Lung Caused Chiefly by Cardial Enlargement. Erle M. Chapman, **et al.**

BOLETIN DE LA OFICINA SANITARIA PANAMERICANA

Vol. 24 *Abril, 1945* *No. 4*

La sanidad en Cuba. Dr. Alberto Recio, **et al.**

Decentralized Antirabic Service in Brazil. Dr. Eduardo Vaz.

La enseñanza de la medicina hoy día. Dr. Ray Lyman Wilbur.

El cocaismo en Colombia. Dr. Jorge Bejarano.

Indices sanitarios para las principales ciudades de Venezuela.

La Sanidad y La Guerra.

BOLETIN DE LOS HOSPITALES

Vol. 44 *Ene. Feb. 1945* *No. 1*

Síntesis de la clase inaugural de Patologia Interna. G. Trompz.

La Psiquiatría en la paz y en la guerra. M. L. Sánchez Martín.

Modificación a la técnica del ano iliaco definitivo de Cuneo-Corachán-Baquero. A. González Navas.

El "Normo-benjuí", una nueva modificación del "benjuí-coloidal" y el "normo-oro-benjuí", un nuevo método coordinador. Carlos Lenzberg.

BULLETIN OF THE NEW YORK ACADEMY OF MEDICINE

Vol. 21 *August, 1945* *No. 8*

Air-Borne Infection. The Rationale and Means of Disinfection of Air. Stuart Mudd.

Experiences with Rheumatic Fever in the Army. Irwing S. Wright Clinical Research Meeting.

CURRENT RESEARCHES IN ANESTHESIA & ANALGESIA

Vol. 24 *July, August, 1945* *No. 4*

Anesthesia and Analgesia in Obstetrics. Norris E. Lenahan, **et al.**

The Effects of a Combination of Acetanilid, Caffeine and Sodium Bromide on the Pain Threshold in Man. Elizabeth H. Leduc.

Comparison of Single and Double Doses of Morphine Sulfate as Preanesthesic Medication. Irving E. Goldberg.

Combined Spinal and Pentothal Anesthesia in Gynecology. J. Alfred Lee.

Comparative Toxicity of Procaine Hydrochloride and Procaine Gluconate. Donald A. Wilson.

Local and Regional Anesthesia in Naval Practice. Stanley Gardner.

History in Advertising. Howard Dittrick.

DISEASES OF THE CHEST

Vol. XI *July-August, 1945* *No. 4*

Tuberculosis Control Programs, Chester A. Steward.

Tuberculosis in Institutions For The Mentally Ill. Herbert A. Burns.

Tuberculosis in Prisons, O. L. Bettag.

Tuberculosis in American College And Universities, Ruth E. Boynton.

The Care of Tuberculosis Veteran, Roy A. Wolford.

GACETA MEDICA DE MEXICO

Vol. 75 *Feb.-Abril, 1945* *No. 1-2*

Tuberculosis del esqueleto. Dr. Numa Spinola.

Sobre la existencia de un reflejo doloroso vago-trigémino y de una neuralgia facial broncógena. Dr. Aresky Amorin.

Estudios sobre las avitaminosis y las perturbaciones del crecimiento en los niños hipoalimentados. Dr. Rigoberto Aguilar.

Consideraciones sobre la triquinosis en México. Dr. Luis Mazotti.

Comentario al trabajo del Dr. Luis Mazotti. Dr. Geraldo Varela.

Fecundación Artificial. Dr. Manuel Mateos Fournier.

Toxicomanias. Dr. Leopoldo Salazar Viniegra.

El Día Panamericano Sobre la Salud. Dr. Miguel E. Bustamante.

El Dr. Manuel Escontría Salin. Ensayo biográfico. Dr. Rigoleto Aguilar.

HOJA TISIOLOGICA

Vol. 5 *Marzo, 1945* *No. 1*

Factores determinantes de brotes tuberculosos. A. Nario.

Valor de la inclusión de esputos en el diagnóstico de algunas enfermedades del pulmón. J. F. Cassinelli.

Pleuresia serofibrinosa y períodos de Ranke. Consideraciones sobre el pronóstico. R. Cetrángolo.

Lavado pulmonar en Diagnóstico etiopatogenico o evolutivo de la tuberculosis. M. Abreu.

Sobre procedencia de enfermos bacilares: datos obtenidos por interrogatorio directo de mil pacientes. M. S. Curbelo.

Anatomía macro y microscópica de las pleuritis tuberculosas. A. L. Mateo.

Anatomia patológica del riñón de los tuberculosos. A. L. Mateo.

INFANCIA

Vol. 8 *1944* *No. 3*

Pioneumotorax en lactantes. Felipe de Elizalde, **et al.**

Pseudoartrosis congénita de la tibia. Dr. Agustín A. Salvati.

Un caso de eritroblastosis con madre diabética. Dr. Raúl Barquín, **et al.**

Hemotorax y sindrome ulceroso intestinal en un lactante ¿fiebre tifoidea? Dr. Oscar R. Turró, **et al.**

Contribución al concepto de la reparación en los trastornos digestonutritivos del lactante. Dr. Mauricio A. Loyácono.

JOURNAL OF UROLOGY

Vol. 53 *May, 1945* *No. 5*

Effects of Certain Hormones on Renal Function of Man. A. L. Dean, **et al.**

Occurrence of Sufide in Renal Calculus, L. Hudson **et al.**

Mucinous Carcinoma of Urachus Invading Bladder, J. J. Hayes.

Neurogenic Vesical Dysfunction. C. E. Jacobson Jr.

Treatment of Alkaline Incrustations of Urinary Tract with Solution G. C. C. Herger, H. R. Sauer.

Solution of Incrustations in Urinary Bladder by New Method E. E. Lins.

Lipids of Prostatic Fluid, Seminal Plasma and Enlarged Prostate Gland of Man. W. W. Scott.

Treatment of Recto-Urethral and Recto-Vesical Fistula S. F. Wilhems.

LA PRENSA MEDICA ARGENTINA

Vol. 32 *Julio, 1945* *No. 28*

Paquidermia en pliegues y paquiperiotosis de las extremidades. Antonio Navarro, **et al.**

Vias biliares, abordaje por laparotomias que siguen el reborde costal, Julio V. Uriburu.

Investigación del bacilo de Koch en el lavado del respiratorio, A. P. Heudtlass, **et al.**

Profundidad anestésica y cirugía ginecotocológica. German R. Wennicke.

Tumor de parótida; operación de Sistrunk. Diego E. Zavaleta.

La distribución de los líquidos en la cavidad peritoneal. Ignacio Z. Villafañe.

Audimudez de 15 años de duración consecutiva a una obstrucción laringea. Renato Segre.

MISSISSIPPI VALLEY MEDICAL JOURNAL

Vol. 67 *July, 1945* *No. 3*

Curable Leukemia. Hollis N. Allen.

Management of the Lymph nodes of the Neck in Neoplastic disease. Louis H. Jorstad.

The Kidney and Hypertension. Carl A. Watenberg.

Recent Advances in Laboratory Diagnosis. Henry C. Allen.

Massive Arseno Therapy and Penicillin Treatment of Syphillis. Arthur Wright Neilson.

UNITED STATES NAVAL MEDICAL BULLETIN

Vol. 45 *September, 1945* *No. 3*

Schistosomiasis in Naval Personnel; A Report of Sixteen Cases, Albert R. Hunt.

Modification of Faust-Meleney Technic; Feces Examination for Schistosoma Japonicum. James K. McCorkle.

Observations on Tsutsugamushi Disease. William M. Fishbach. **et al.**

Sternal Puncture in the Diagnosis of Malaria. Bernard M. Jacobson, **et al.**

Eye Injuries and Diseases Encountered During Iwo Jima Campaign. Karl B. Benkwith.

Anesthetic Agents in the Treatment of Battle Casualties. Harry B. Neel.

Pentothal Sodium in Orthopedic Surgery. Herbert C. Fett, **et al.**

Treatment of Bedsores by Total Excision with Plastic Closure. James C. White, **et al.**

Appendicitis, with Emphasis on the Use of Penicillin. George Crile, **et al.**

NUTRITION REVIEW

Vol. 3 *June, 1945* *No. 6*

The Organization of Nutrition Activities in Australia.

Starvation and Water Deprivation.

"Folic Acid" and Related Factors.

The Antioxidant Activity of Gossypol Cottonseed Meal.

The Effect of Vitamin A Deficiency or the Skin.

The Nutritive Value of Human Plasma

Nutrition Of Insects.

Magnese in Bone Development.

Wheat Gluten and Canine Hysteria.

Anemia in Adults with Scurvy.

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA LATINO-AMERICANAS

Vol. 3 *Abril 30, 1945* *No. 4*

Determinación cuantitativa de la viabilidad espermática (Procedimiento personal). Edmundo G. Murray.

Consideraciones generales sobre Eugenesia. Carlos Ramírez.

La histerectopexia como tratamiento de los prolapsos genitales completos. Juan Helguera Fernández.

Malformación génitourinaria congénita; ausencia de vagina; útero doble rudimentario; aplasia tubárica y ausencia del riñón derecho. Julio Manuel Morales, **et al.**

La alergia en Ginecologia y Obstetricia, Factores endrocrinos genitales. Manuel A. Freire.

RADIOLOGIA

Vol. 7 *Julio* *No. 4-5*

Valor actual del diagnóstico radiológico en las apendicitis. Gonzalo Ezquerra Gómez.

Aspecto radiológico de la colitis amebiana. J. J. Vallarino.

Radiodiagnóstico de las afecciones inflamatorias del yeyunoileon. Pedro A. Maissa.

La Aceleración del tránsito yeyuno-ileal. Adolfo J. Burlando.

Estudio radiológico de la mucosa de colón. Hernan C. Ramírez.

Fisiopatología radiológica ileocecal. José M. Oviedo Bustos.

REVISTA MEDICA DE CORDOVA

Vol. 33 *Abril, 1945* *No. 4*

Sobre un caso de enfermedad de Bourneville. Dr. Oscar Luque, **et al.**

La enseñanza de la terapeútica. **Dr.** Enrique Moisset de Espanés.

Funcionamiento del píloro. Dr. Javier Altamira.

Las sulfamidas y el metabolismo de los nucleoproteidos. Dr. Javier Altamira.

REVISTA MEDICA HONDUREÑA

Vol. XV *Mayo-Junio/45* *No 118*

La Medicina y los Trópicos. Dr. Antonio Vidal.

Medicina Psicosomática. Dr. R. Alcerro Castro h.

Historias Clínicas del servicio de Niños del Hospital "San Felipe". Dr. Antonio Vidal.

Observasiones Clínicas del Primer Servicio de Mujeres del Hospital General. Dr. Manuel Cáceres Vijil.

Záncudos Anofeles de Honduras. **Dr.** Antonio Vidal.

REVISTA DE MEDICINA Y CIRUGIA DE LA HABANA

Vol. 50 *Junio 30/45* *No. 6*

Ideas actuales sobre Diabetes Mellitus y su Tratamiento. Octavio Montoro.

Penicilina en la Neurosifilis. Reporte preliminar de 8 casos tratados en el Sanatorio "Dr. Galigarcia". Manuel Moisés, **et al.**

REVISTA DE OBSTETRICIA Y GINELOCOLOGIA

Vol. 5 *1945* *No. 5*

Sociedad de Obstetricia y Cinecologia de Venezuela.

La presentación podálica en la Maternidad Concepción Palacios. Dr. R. Ascanio Escobar.

Extración Manual de la placenta y alumbramiento hidráulico. Dr. Domínguez Sisco, **et al.**

REVISTA DE SIFILOGRAFIA, LEPROLOGIA Y DERMATOLOGIA

Vol. 2 *Junio, 1945* *No. 2*

Alopecia Leprosa en Mexico. Jesús González Ureña.

Penicilina y Sifilis. Carlos Castanedo Pardo.

Sobre Un Nuevo Caso De Vitiligio De Las Mucosas. Dario Arguelles.

Síntomas Iniciales. De La Lepra. Ramón Ibarra, **et al.**

Reacción Local De La Piel Del Hombre A La Inoculación. De Vacuna Anti-Carbuncosa Para Uso Veterinario. L. Rodríguez Placensia, **et al.**

La Sifilis En El Dispensario de Guantanamo. J. Pedroso. Crucet, **et al.**

Enfermos De Lepra Aislados En "San Luis De Jagua. Miguel A. González Prendes.

Pitiriasis Rosada De Gilbert Entre Convivientes. José Alfonso y Armenteros.

REVISTA DE TUBERCULOSIS DEL URUGUAY

Vol. 12 *1944* *No. 5*

Formas de iniciación de la tuberculosis pulmonar del adulto. A. C. Artagaveytia, **et al.**

La intervención del médico broncoscopista en el diagnóstico y tratamiento de las afecciones del tórax. J. C. Dighiero.

SALUBRIDAD Y ASISTENCIA

Vol. 1 *Nov.-Dic., 1944* *No. 6*

El Segundo Instituto Regional en Administración Y Organización de Hospitales en Lima, Perú. El Papel Desempeñado por la Delegación Mexicana. Dr. Norbertoberto Treviño.

Discurso Pronunciado Por el Sr. Gustavo Baz, Secretario de Salubridad y Asistencia de Mexico, en la Inauguración del Segundo Instituto Regional Interamericano de Organización y Administración de Hospitales, Celebrado en Lima, Perú.

El Plan de Hospitales de Mexico. Dr. Gustavo Baz.

Las Normas Técnicas y Científicas en el Desarrollo del Plan de Hospitales de Mexico. Del Centro Médico de la República al Hospital Rural. Dr. Norberto Treviño.

El Hospital, Obra de Arte. José Villagrán García.

El Hospital de Jesús.

El Instituto Nacional de Nutriologia.

La Educación de la Enfermera. Dr. Angel de la Garza Brito.

SURGERY GYNECOLOGY AND OBSTETRICS

Vol. 81 *August, 1945* *No. 2*

Evolution of Sphincter Muscle Preservation and Re-establishment of Continuity in the Operative Teatment of Rectal and Sigmoidal Cancer. Harry E. Bacon.

Experiences with Aneurysms in an Overseas General Hospital, Samuel P. Harsbison.

Penicillin Therapy in Acute Osteomyelita. W. A. Altemier **et al.**

The Treatment of Intrathoracic Wounds. William M. Tuttle **et al.**

Experience with Lumbar Sympathetic Ganglionectomy for Wounds of Major Blood Vessels of the Lower Extremity. James M. Mason, **et al.**

Aseptic Gastric Resetion. Alfredo Monteiro.

Sucking Wounds of the Chest. Charles Stuart Welch, **et al.**

THE ILLINOIS MEDICAL JOURNAL

Vol. 88 *July, 1945* *No. 1*

Carcinoma of the Larynx. Paul H. Holinger.

Treatment of Subacute Bacterial Endo-

carditis, Recovery with Penicillin, Eugene F. Traut.

Chemotherapy. Karl Meyer.

Gold Therapy in Rheumatoid Arthritis. George B. Stericker.

Activities of the Division of Maternal and Child Hygiene. Hugo V. Hullerman.

THE JOURNAL OF ALLERGY

Vol. 16 *July, 1945* *No. 4*

The Immunochemistry of Allergens. VII. A Study of the Homogeneity of Cottonseed-Globulin Preparations by Anaphylactic Reactions. E. J. Coulson, **et al.**

Method for Experimental Control of Particle Size of Therapeutic Aerosols. H. A. Abramson, **et al.**

The Response of Contact Dermatitis Sites in Atopic Individuals to Subsequent Stimulation With Specific Wheal-Inducing Atopens. Max Grolnick, **et al.**

The Nonantigenic Property of Beeswax. Leslie N. Gay.

Allergy to Chemicals in Flour, K. Bird.

THE JOURNAL OF THE A. M. A.

August 11, 1945

Transient Hypertension. Robert L. Levy, **et al.**

Infectious Hepatitis, Sydney S. Gellis, **et al.**

Water Borne Infectious Hepatitis. John R. Neefe, **et al.**

Disinfection of Water. John R. Neefe, et al.

Toxicity of Diodoquin. Daniel N. Silverman, **et al.**

Loeffler's Syndrome. D. O. Wright, **et al.**

Mental Disorders. Leonard G. Rowntree, **et al.**

Fibrin Film. Frank D. Ingraham, **et al.**

Transfusion of Blood, Niels C. Klendshoj, **et al.**

Action of Quinine Sulfate. Leo A. Pirk, **et al.**

THE JOURNAL OF THE A. M. A.

August 18, 1945

Human Encephalitis. W. Mc D. Hammon, **et al.**

The Psychosomatic Aspect of Filariasis. Myer A. Zeligs.

Filariasis. William Saphir.

Postscarlatinal Carditis and Rheumatic Fever. Robert F. Watson.

Sonne Dysentery. Joseph F. Painton, **et al.**

Dye Poisoning in Nursery. Julian Graubarth, **et al.**

Human Immunity Globulin. Sydney S. Gellis, **et al.**

THE JOURNAL OF BIOLOGICAL CHEMISTRY

Vol. 159 *July, 1945* *No. 2*

A dietary factor essential for guinea pigs. William J. van Wagtendonk. **et al.**

A Monolayer and X Ray study of mycilic acid from the human tubercle bacillus. Stina Sttalberg Stenhagen, **et al.**

Phenyl pamtothenone, an antagonist pantothemic acid. D. W. Woolley.

The microbiological determination of amino acids. II. Assay and utilization of glutamic acid and glutamine by Lactobacillus arabinosus. Lucille R. Hac., **et al.**

The microbiological determination of amino acids. III. Assay of aspartic acids with Leuconostoc mesenteroides. Lucille R. Hac.

Citric acid formation from acetoacetic and oxolacetic acids. F. Edmund Hunter, **et al.**

The use of Acetobacter suboxydans for assay of the lactone moiety of pantothenic acid. Herbert P. Sarett.

THE JOURNAL OF THE A. M. A.

Vol. 128 August, 25/45 No. 17

Rheumatic Fever. Hugh R. Butt; **et al.**

Heart Disease. Daniel L. Borden, **et al.**

Emergencies in Allergy. George L. Walbott.

Dermatitis From Clothing. Louis Schwartz, **et al.**

Treatment of Herpes Zoster by Paravertebral Block. Thomas Findley, **et al.**

Teatment of Pneumonia. J. Murray Kinsman, **et al.**

VIDA NUEVA

Vol. 19 Abril, 1945 No. 4

Tuberculosis y Endocrinologia. Manuel Villaverde.

Radioterapia pre y post Operatoria del Cáncer de la Mama. Luis Fariña.

Sobre un Caso de Parálisis General sin temblor y con alguna autocritica. Martín Castellanos, **et al.**

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Avenida Manuel Fernández Juncos,
Parada 19, Santurce, P. R.

AÑO XXXVII - SEPTIEMBRE, 1945 - NÚM. 9

EDITOR ADMINISTRADOR:

DR. E. MARTINEZ RIVERA

EDITORES ASOCIADOS:

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. A. M. MARCHAND
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

NOTAS EDITORIALES

ANALISIS DE CONCIENCIA

Plácenos reproducir en esta columna los párrafos, llenos de franqueza y valentía, que bajo el epígrafe "**Análisis de Conciencia**" incluyera nuestro presidente en su última Carta Mensual.

Quiera Dios que esta sana advertencia hecha por el Dr. Muñoz MacCormick sirva para traer nuevamente al camino de la rectitud a los compañeros que en una u otra ocasión han abandonado el derrotero que nos inculcaron nuestros distinguidos profesores, y que aunque constituyen una exigua minoría, afectan con su proceder a la clase en general, puesto que si bien las noticias sobre las buenas actuaciones tardan en propagarse, el ruido y la algarabía a que da motivo el mal proceder se extiende con inusitada rapidez y puede afectar a toda una generación.

A continuación las manifestaciones del Dr. Muñoz MacCormick:

"Con frecuencia oímos a compañeros asociados increpando a la Asociación como un mito, como una institución inerte que nada hace por sus miembros, que no presenta batalla debidamente cuando las circunstancias manifiestas así lo parecen requerir, y terminan sus censuras exponiendo sus deseos de retirarse de la misma. Ahora bien, le pregunto yo a estos compañeros, es más, le pregunto a todos los asociados que, luego de hacer un análisis de conciencia me informen ¿qué han hecho ellos, individualmente, durante los últimos años para hacer de la Asociación una fortaleza inexorable y temida por todos cuando en defensa de principios, de moral, de la salud del pueblo y de los intereses de la clase se dispone a combatir?

Si luego de someteros a un análisis de vuestras conciencias quedais plenamente satisfechos de que habéis cumplido cabalmente con los postulados de la profesión y los principios de ética y alta moral ciudadana que gobiernan nuestra Asociación; si encontraáis que habéis respondido sin demora a las llamadas hechas por la Directiva cuando se ha necesitado conocer el criterio de vosotros, individualmente, sobre problemas que afectan a la clase en general; si encontráis que en todo momento habéis respaldado a la Directiva cuando velando por la salud de nuestros conciudadanos, y en su afán por levantar aún más el prestigio de la Asociación ante el pueblo ha emprendido campañas como aquellas en contra del aborto criminal, en contra del ejercicio ilegal de la medicina, y en contra de las prácticas indeseables llevadas a cabo al empezarse a usar aquí la Penicilina, etc., etc.; si encontráis que durante estas campañas no encubríais ni tolerabais a persona alguna dada a estas malas prácticas para que continuase haciéndolo impunemente, sino que con toda valentía los acusabais ante la Directiva para ésta, a su vez, hacerlo ante las autoridades correspondientes; si encontráis que al solicitar de vosotros la Directiva da-

tos con urgencia para preparar una defensa justa y bien orientada de nuestra clase sometísteis enseguida los datos solicitados para así contribuir a una acción rápida y efectiva; si cuando al tomar decisiones o al actuar, cuando de un lado estaban los intereses particulares o intereses políticos y de otro lado los intereses de la clase, lo habéis hecho de una manera enérgica y decidida a favor de la clase, porque vuestras conciencias os dictaba que a ese lado estaba la razón; si al aceptar responsabilidades dentro de los distintos comités de la Asociación las habéis cumplido fiel y cabalmente; si al oír manifestaciones aparentemente incriminatorias formuladas por otros compañeros o por personas particulares contra los dirigentes de la clase habéis asumido la defensa de la directiva hasta tanto hayáis podido comprobar la realidad de los hechos, dándole siempre el beneficio de la duda a los dirigentes y no ayudando a difundir información errónea o unilateral y menos aún a dar rienda suelta a increpaciones injustas contra los que están dando gran parte de su tiempo a la defensa de vuestros propios intereses; entonces, y solamente entonces, embargados por la satisfacción del deber cumplido, podréis exigir acción enérgica y efectiva a la Asociación exclamando a todo pulmón: "Yo he contribuído a mantener la Asociación en un plano desde el cual puede demandar del gobierno y de la población los derechos y prerrogativas inherentes a nuestra clase; yo he cumplido con mi deber para con la comunidad y para con la Asociación".

El poderío colectivo de la Asociación es el reflejo de la actuación individual del médico asociado. La fiel observancia de los nobles principios de la profesión y de los cánones de ética que gobiernan el ejercicio de la misma, hará de cada uno de ustedes un soldado invencible, amante de la justicia y de la razón, y de la Asociación una institución tan querida como respetada; una fortaleza tan noble como inexpugnable, que abre su coraza para brindar el corazón al pueblo que de ella necesita; pero dispuesta siempre a asestar el golpe de aniquilamiento contra aquellas personas que por uno u otro interés osaren atentar contra la dignidad y el decoro de nuestra clase o nuestra querida agrupación.

La Directiva es efímera; ustedes son la ASOCIACION".

MEJORAS AL EDIFICO

El día 10 del mes en curso se dió comienzo al nuevo plan de mejoras al domicilio de la Asociación Médica, y que comprende lo siguiente:

1. Nuevo salón para ampliar las facilidades del Club y para salón de exhibiciones.
2. Residencia para el Oficial Ejecutivo.
3. Patio interior, dotado de fuente, bancos y acceso a la terraza.
4. Divisiones al local de oficinas.
5. Mejoras al salón de conferencias.
6. Anexo a la Biblioteca para almacén de libros viejos.
7. Terraza amplia para celebrar actos al aire libre.
8. Servicios sanitarios independientes.
9. Sistema de aire acondicionado.

No creemos necesario recalcar el hecho de que es deber ineludible de todo médico asociado contribuir a la medida que le permitan sus ingresos para la realización de estas mejoras. Hemos notado, sin embargo, cuán tardíos han sido en responder muchos de nuestros colegas, y sobre todo las excusas poco afortunadas que algunos han tenido el desacierto de

ofrecer para justificar su actitud, y de las cuales hemos entresacado las siguientes:

1. **Que son ya viejos y que no podrán disfrutar de estas mejoras.**
2. **Que no se les consultó debidamente al iniciarlas.**
3. **Que residen fuera de la capital y no podrán gozar de las comodidades que ahora ofrecerá el edificio.**
4. **Que contribuyeron con $100 (en muchos casos menos) cuando se construyó el edificio en el 1929.**

Si fuéramos a tratar de rebatir todas estas argumentaciones tendríamos necesariamente que hacer algunas manifestaciones que se considerarían fuera de tono. Dejemos pues, que la historia se encargue de juzgar a los compañeros que han negado su cooperación a una obra tan merecedora de ayuda, y que recompense como es debido la buena disposición de los que no han vacilado en afrontar sacrificios, en recibir humillaciones y en dedicar gran parte de su tiempo y de sus energías para brindar a esos mismos colegas un hogar que haga honor a la clase a la cual da albergue, dotado de todas aquellas comodidades que ha sido factible conseguir con los fondos de los cuales se ha dispuesto.

Difícilmente podría el Presidente de nuestra Asociación, Dr. Carlos E. Muñoz MacCormick hacer frente a los compromisos que ha contraído en un esfuerzo por ofrecernos mejores facilidades en la próxima asamblea anual, y es por ello que nuevamente acudimos a nuestros colegas de buena voluntad, para que una vez más dén su respaldo a nuestro entusiasta y dinámico dirigente.

ASAMBLEA ANUAL

Se encuentran bastante adelantados los preparativos para la Cuadragésima Segunda Asamblea Anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, que tendrá lugar durante los días 13, 14 y 15 del mes de diciembre.

En el momento en que redactamos esta nota ya hay seguridad de que los siguientes compañeros habrán de venir a nuestra Isla con el exclusivo propósito de dar más realce al programa científico:

Dr. LeRoy A. Schall, Profesor de otolaringología, Universidad de Harvard.

Dr. I. A. Bigger, Profesor de cirugía, Medical College of Virginia.

Dr. Franklin M. Hanger, Profesor de medicina interna, College of Physicians and Surgeons, Columbia University.

Dr. Henry L. Bockus, Profesor de gastroenterología, Jefferson Medical College.

Dr. Edward Henderson, Jefe de la División de Investigaciones de Schering Corporation.

Aunque la asamblea oficialmente habrá de dar comienzo el jueves 13 de diciembre, es el propósito de sus organizadores hacer arreglos para que nuestros invitados de honor celebren durante el martes y el miércoles conferencias de mesa redonda con aquellos compañeros que estén interesados en sus respectivas especialidades y en cuyas conferencias se traerán a discusión los adelantos más recientes de la medicina en sus distintas ramificaciones.

La asamblea terminará el sábado por la noche con un banquete-baile, de manera que al mismo pueda concurrir el mayor número de nuestros asociados con sus es-

posas, ya que tendrán el domingo para descansar de las labores de las distintas actividades de carácter científico-social.

Es de confiar que con las innovaciones propuestas, la próxima asamblea anual de nuestra Asociación resulte un acto de gran lucidez, que haga honor a la clase médica puertorriqueña y a los numerosos compañeros que serán nuestros huéspedes de honor.

El presidente del Comité Científico, Dr. Ramón M. Suárez, suplica a todos aquellos compañeros que tengan alguna contribución de interés que deseen presentar en esta asamblea, tengan la bondad de remitirle el título así como un extracto corto de la misma antes del día 10 de noviembre, fecha en la cual quedará cerrado el programa.

Por nuestra parte invitamos a todos los médicos asociados para que desde esta fecha inicien sus preparativos para asistir con sus familiares a todos y cada uno de los actos que se propone celebrar la Asociación durante su próxima convención anual.

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del mes

Durante el mes de septiembre se han celebrado en el domicilio de nuestra Asociación los siguientes actos de organismos de la Asociación e instituciones afines:

Sept. 4-8—Exámenes de reválida para médicos.

Sept. 7—Reunión del Colegio de Farmacéuticos para crear el Capítulo de Puerto Rico de la Asociación Farmacéutica Americana.

Sept. 7—Conferencia del Dr. Victor Johnson ante los miembros de la Asociación Médica.

Sept. 11—Reunión Directiva de la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico.

Sept. 12—Reunión del Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico y el Comité de Etica de la Asociación Médica.

Sept. 18—Reunión de la Directiva de la Asociación de Salud Pública de Puerto Rico.

Sept. 21—Reunión de la Junta de Directores de la Asociación de Servicios Hospitalarios (Blue Cross Plan).

Sept. 24—Reunión del presidente de la Asociación Médica con los representantes de las casas manufactureras de productos farmacéuticos.

Sept. 25—Reunión del presidente con el Comité Auxiliar de Damas.

Sept. 26—Exámenes de Tecnólogos médicos y microscopistas.

ASOCIACIONES DE DISTRITO

Mayagüez

El domingo 26 de agosto pasado se llevó a efecto en el Casino de Mayagüez, bajo la presidencia del Dr. Nelson Perea, la asamblea anual de la Asociación Médica del Distrito de Mayagüez.

A las 10:30 de la mañana se reunieron los compañeros del distrito para proceder a celebrar una corta sesión de carácter administrativo y a la elección de los nuevos funcionarios, elección que recayó en los siguientes colegas:

Presidente—Dr. Edgardo Quiñones
Vice-Pres.—Dr. Tito Mattei Semidei
Secretario—Dr. Laureano Trelles
Tesorero—Dr. Nayip Fas Fagundo
Delegados—Dr. Augusto Perea, Dr. A. Pérez Toledo.
Suplentes—Dr. Nelson Perea, Dr. F. J. Casalduc.

Cerca de las 11:00 de la mañana, ante una concurrencia de aproximadamente 65 compañeros representativos de casi todos los distritos de la Isla, dió comienzo el programa científico que a continuación transcribimos:

Rotura del útero en un parto subsiguiente a una operación clásica practicada un año cuatro meses antes, Dr. E Quiñones.

Fonocardiografía, Dr. Ramón M. Suárez.

Demerol-Scopolamine Analgesia in Obstetrics—Report of 50 cases, Dr. Jorge García Bird.

Surgery of the Biliary Duct, Dr. Basilio Dávila.

Una vez terminado el programa científico todos los asistentes se trasladaron al Coconut Hut, donde se les obsequió con un suculento almuerzo, prolongándose el cambio de impresiones hasta bien entrada la tarde.

San Juan

La Asociación Médica del Distrito de San Juan, que preside el Dr. Federico Her-

nández Morales, se propone celebrar su asamblea anual en el domicilio de la Asociación, el domingo 7 de octubre, y para cuyo acto se ha preparado el siguiente programa:

Diarrea crónica en la infancia y en la niñez: Tratamiento, Dr. M. Pujadas Díaz.

Ligadura de las arterias ilíacas internas en casos de hemorragias del cérvix uterino por cáncer, Dr. A. Oliveras Guerra.

Displasia Fibrótica, Dres. Manuel Guzmán Rodríguez y E. Blás Ferrainoli.

Estudios electrocardiográficos en Puerto Rico. (a) Derivaciones precordiales unipolares en 50 adultos normales, Dr. Ramón M. Suárez.

El tratamiento de 'la Ansiedad', Dr. Luis Manuel Morales.

Después del programa científico se obsequiará a los concurrentes en el Club Médico y se servirá un almuerzo en el Escambrón Beach Club.

Ponce

El secretario de la Asociación Médica del Distrito de Ponce, Dr. Pedro A. Castaing, nos ha informado que la asamblea anual de aquel distrito tendrá lugar el domingo 4 de noviembre, y desea invitar por nuestro conducto a los compañeros que estén interesados en participar en el programa científico, a remitir el título de su contribución al presidente del distrito, Dr. Carlos A. Quilichini.

Cordialmente invitamos a todos los miembros de la Asociación para que concurran a dicho acto, que indudablemente resultará otro gran éxito para los entusiastas colegas que integran el distrito de Ponce.

Exámenes de reválida

El Tribunal Examinador de Médicos de Puerto Rico celebró exámenes de reválida para médicos durante la semana del 4 al 8 de septiembre, habiendo comparecido a tomar los mismos los siguientes compañeros:

Examen completo

Dr. Pedro A. Suau
Dr. Carlos M. Finch
Dr. Pedro Juan Rullán
Dr. Antonio Samuel Medina
Dr. Conrad Warren Smith
Dr. Pedro C. Meléndez
Dr. Luis Arnaldo Pacheco

Primera parte

Dr. Ramón M. Suárez, Jr.
Dr. Raúl R. Rivera

Re-examen

Dr. Pedro Conde

Exámenes especiales

Dr. Julio A. Gil
Dr. José M. Silva
Dr. Miguel A. Palacios
Dr. Isidoro Infante

Distinguido visitante

Recientemente estuvo en nuestra Isla durante varias semanas el distinguido colega Dr. Victor Johnson, secretario del Consejo de Educación y Hospitales de la Asociación Médica Americana.

El Dr. Johnson vino a nuestro país con el propósito de realizar un estudio relacionado con la posible organización de una Escuela de Medicina, y durante su estada en Puerto Rico conferenció con casi todas las personas interesadas en este asunto; visitó un gran número de nuestros hospitales, y recogió datos que le

ayudarán a emitir su opinión en tan importante problema.

El día 7 de los cursantes el Dr. Johnson pronunció una conferencia sobre "Medical Education and Medical Care en el domicilio de nuestra Asociación, y días más tarde se dirigió sobre el mismo tema a los miembros de la Asociación Médica del Distrito de Ponce.

Deseamos por medio de estas líneas reiterar nuestro saludo cordial a tan distinguido visitante.

PERSONALES

Dr. Manuel de la Pila

Por nombramiento que le fuera extendido por el Hon. Gobernador de Puerto Rico, a recomendación de la Asociación Médica de Puerto Rico, ha pasado a formar parte de la Junta Examinadora de Médicos el estimado compañero cuyo nombre sirve de epígrafe a esta nota.

Dr. Luis A. Sánchez

Después de una ausencia de aproximadamente tres meses, durante la cual cursó estudios postgraduados en Cardiología en la Universidad de Harvard, ha regresado a nuestra isla el querido amigo, Dr. Luis A. Sánchez, presidente de la Asociación Médica del Distrito de Aguadilla.

Dr. A. M. Marchand

El día 18 de los cursantes embarcó hacia los Estados Unidos el Dr. A. M. Marchand, Sub-Comisionado de Sanidad.

El Dr. Marchand estará algún tiempo en Washington discutiendo con las autoridades federales varios de los presupuestos de Sanidad, y luego pasará a la Escuela de Salud Pública de la Universidad de Columbia, donde permanecerá realizando estudios avanzados en salud pública hasta febrero próximo.

Dr. Agustín R. Laugier

Después de un viaje de placer por Méjico, durante el cual visitó algunas de las más importantes instituciones médicas de dicho país, se encuentra nuevamente entre nosotros el estimado colega cuyo nombre encabeza estas líneas.

Dr. Rafael Maldonado Quiñones

Con el propósito de realizar estudios post-graduados en otolaringología, embarcó el día 6 de los cursantes hacia los Estados Unidos el estimado colega de esta capital, Dr. Rafael Maldonado Quiñones. El Dr. Maldonado habrá de permanecer fuera de nuestra Isla durante aproximadamente un año.

Conferencias de Divulgación

Siguen trasmitiéndose, como de costumbre, todos los sábados de 5:45 a 6:00 de la tarde, a través de la radioemisora WKAQ, las conferencias de divulgación bajo los auspicios del Comité de Relaciones Públicas de nuestra Asociación.

Durante el mes de septiembre se radiodifundieron las siguientes conferencias:

La cirugía en las personas de edad, Dr. A. Oliveras Guerra.

La medicina preventiva y la salud, Dr. M. Pujadas Díaz.

Lo que sabemos sobre la lepra, (Contribución de la Secretaría).

La Higiene Mental, Dr. Luis Manuel Morales.

La Toxicidad del DDT, (Contribución de la Secretaría).

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

Una vez más publicamos en esta sección, para conocimiento de los compañeros asociados, varios datos de interés en cuanto al movimiento económico registrado en el Plan del Auxilio Médico Mutuo desde su organización a principios del 1943:

Número actual de miembros acogidos al plan	429
Total pagado por certificados de compañeros fenecidos	$11,074.48
Balance actual:	
En bonos	$ 8,880.00
En Caja	3,565.52
Balance neto	$12,445.52

También reproducimos a continuación la relación de los compañeros que han cooperado con el plan mediante la expedición de certificaciones médicas y la remesa a nuestra tesorería del dinero cobrado por tal concepto:

Dr. José Menéndez
Dr. F. Sánchez Castaño
Dr. Manuel G. Carrera (4)
Dr. Amalio Roldán (5)
Dr. Rivera Aulet (2
Dr. Ricardo F. Fernández (3)
Dr. Leoncio T. Davis (5)
Dr. Fernando Asencio
Dr. Rafael Rivera (3)
Dr. Ramón C. Umpierre (3)
Dr. Miguel Alonso (2)
Dr. Juan Veve
Dr. A. Rodríguez Olleros (2)
Dr. Ezequiel Prieto
Dr. Julio R. Rolenson
Dr. R. Muñoz Vázquez
Dr. A. Otero López (3)
Dr. Héctor A. Bladuell (12)
Dr. Narciso Moreno
Dr. Luis J. Fernández
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. José F. González
Dr. Francisco J. Casalduc (3)
Dr. J. R. Bierley
Dr. Rafael A. Vilar (3)
Dr. Edgardo Quiñones
Dr. M. Garca de Quevedo
Dr. Luis F. Santos Tío (4)
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Francisco Seín
Dr. Carlos Domínguez
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. A. Fernández Valdés
Dr. F. Berio (2)
Dr. J. Ramos Lebrón
Dr. Edith Z. Rodríguez (2)
Dr. Luis L. Biamón
Dr. I. González Martínez
Dr. Frederick Ellis
Dr. José S. Belaval
Dr. L. A. Balasquide
Dr. Arquelio Ramírez
Dr. Luis R. Moczó
Dr. Honorato Estella (2)
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Manuel de la Pila
Dr. Ramón Maldonado
Dr. Elías C. Segarra
Dr. Eduardo D. Maldonado
Dr. J. Forastieri (3)
Dr. Jacinto Zaratt (2)
Dr. Julio A. Santos
Dr. Jorge del Toro
Dr. Max D. Sánchez
Dr. J. Rodríguez Olmo
Dra. Ana Janer
Dr. J. E. Luigi

¿SON LAS VITAMINAS UN FACTOR AUN DESCONOCIDO?



• Las vitaminas ya no son un factor desconocido. Como resultado de los experimentos y ensayos clínicos más recientes, la necesidad de las vitaminas en la alimentación infantil, es ahora un hecho científicamente comprobado, y sus propiedades, un elemento esencial **para el crecimiento y el desarrollo apropiado de los bebés:**

Por ejemplo, un bebé normal de 5 meses, que pesa 6¾ kilogramos y requiere 3 cucharadas de DRYCO (22.5 gramos) con carbohidratos, recibiría lo siguiente en valor vitamínico:

VITAMINA	CANTIDAD
A	473 Unidades Internacionales
D	75 Unidades Internacionales
B_1	27 Unidades Internacionales
B_2	0.41 miligramos
Niacina	0.41 miligramos

(Otros factores del Complejo de la Vitamina B, naturalmente presentes en la leche fresca, se retienen mayormente por medio del procedimiento de Deshidratación por Dispersión, que se emplea en la elaboración de DRYCO.)

DRYCO contiene una cantidad *adecuada* de vitaminas para que los bebés se desarrollen sanos y bien nutridos. Y esto es además del famoso análisis DRYCO que asegura un contenido *alto de proteína*, un contenido *bajo de grasa* y un contenido *moderado de carbohidratos*.

DRYCO

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL

Distribuiores para Puerto Rico:

PLAZA PROVISION COMPANY, Allen 15, San Juan, P. R.

LA BIBLIOGRAFIA ESPECIFICA ERTRON*
en el Tratamiento de las Artritis



La confianza con que la profesión médica receta Ertron en el tratamiento de la artritis, descansa sobre un gran cúmulo de evidencia.

Diez años de minuciosas investigaciones sobre la terapia antiartrítica con Ertron, han rendido una extensa bibliografía en soporte de que Ertron es eficaz e inofensivo en la artritis.

Y los informes publicados por los investigadores no atañen a otro producto más que Ertron—el agente empleado en los estudios clínicos.

Los resultados terapéuticos de la administración de Ertron se manifiestan con uno o más de estos efectos: Reducción del dolor, disminución de la inflamación de los tejidos blandos, mayor capacidad de movimiento activo, y notable restauración de la normalidad funcional.

REFERENCIAS EN SOPORTE DE ERTRON
en el Tratamiento de las Artritis

1. Dreyer, I. and Reed, C. I.: Treatment of Arthritis with Massive Doses of Vitamin D, Archives of Physical Therapy, *16*:537 (1935).
2. Livingston, S. K.: Vitamin D and Fever Therapy in Chronic Arthritis, Archives of Physical Therapy, *17*:704-706 (Nov.) 1936.
3. Steck, I. E.: Clinical Experience in the Treatment of Arthritis with Massive Doses of Vitamin D, Peoria Medical News, *8*:2-7 (1937).
4. Steck, I. E.: Clinical Experience in the Treatment of Arthritis with Massive Doses of Vitamin D, Illinois Medical J., *71*:243-248 (1937).
5. Steck, I. E., Deutsch, H., Reed, C. I. and Struck, H. C.: Further Studies on Intoxication with Vitamin D, Annals of Internal Medicine, *10*:951-964 (1937).
6. Farley, R. T.: The Treatment of Arthritis with Massive Dosage Vitamin D, J. Amer. Inst. of Homeopathy, *31*:405-409 (July) 1938.
7. Reed, C. I., Struck, H. C. and Steck, I. E.: Vitamin D, Chemistry, Physiology, Pharmacology, Pathology, Experimental and Clinical Investigations, Pub. by University of Chicago Press (1939).
8. Farley, R. T.: Management of Arthritis, Illinois Med. J., *71*:74-77 (Jan.) 1939.
9. Farley, R. T.: The Influence of Prolonged Administration of High Dosages of Vitamin D Upon the Serum Calcium of Adults, Journal-Lancet, *59*:401-404 (Sept.) 1939.
10. Snyder, R. G. and Squires, W. H.: A Preliminary Report on Activated Ergosterol, N. Y. State J. of Med., *40*:708 (May 1) 1940.
11. Farley, R. T., Spierling, H. F. and Kraines, S. H.: A Five-Year Study of Arthritic Patients, Indus. Med., *10*:341-352 (Aug.) 1941.
12. Snyder, R. G. and Squires, W. H.: Follow-Up Study of Arthritic Patients Treated with Activated Vaporized Sterol, N. Y. State J. Med., *41*:2332 (Dec.) 1941.
13. Steck, I. E.: Further Clinical Experience in the Treatment of Chronic Arthritis with Vitamin D, Ohio State Med. J., *38*:440 (May) 1942.
14. Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W., Traeger, C. H. and Wagner, L. C.: Treatment of Two Hundred Cases of Chronic Arthritis with Electrically Activated Vaporized Sterol (Ertron), Indus. Med., *11*:295 (July) 1942.
15. Freyberg, R. H.: Treatment of Arthritis with Vitamin and Endocrine Preparations, J. A. M. A., *119*:1165 (Aug. 8) 1942.
16. Reynolds, C.: Comparative Therapeutic Value and Toxicity of Various Types of Vitamin D, Journal-Lancet, *62*:372-375 (Oct.) 1942.
17. Levinthal, D. H. and Logan, C. E.: The Orthopedic and Medical Management of Arthritis, Journal-Lancet, *63*:48 (Feb.) 1943.
18. Snyder, R. G., Squires, W. H. and Forster, J. W.: A Six-Year Study of Arthritis Therapy—With a Special Reference to the Pharmacology, Toxicology and Therapeutics, Indus. Med., *12*:291 (May) 1943.
19. Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W., Rudd, E.: The Therapeutic Value of Electrically Activated Ergosterol when Administered Intramuscularly, Indus. Med., *12*:663 (Oct.) 1943.
20. Reynolds, C. and Burns, E. L.: The Effect on the Rat of Prolonged Administration of Large Doses of Electrically Activated Ergosterol, Indus. Med., *12*:835 (Dec.) 1943.
21. Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W. and Rudd, E.: Comparative Study of Ultraviolet Irradiated Ergosterol (Steenbock Process) and Electrically Activated Ergosterol (Whittier Process)—A Preliminary Report, Journal-Lancet, *64*:25 (Jan.) 1944.
22. Levinthal, D. H., Logan, C. E., Kohn, K. H. and Fishbein, W. I.: Practical Management of Arthritis—Medical and Orthopedic, Indus. Med., *13*:377 (May) 1944.



ERTRON Parenteral

A los médicos que deseen suplementar la administración rutinaria oral de Ertron con inyecciones parentéricas, les ofrecemos Ertron Parenteral en cajas de 6 ampollas de 1 cc. Cada ampolla contiene 500,000 u. i. de ergosterol vaporizado, activado por el método Whittier.



PARA ERTRONIZAR AL ARTRITICO

Ertronizar significa: Emplear Ertron a dosis diarias adecuadas, durante un período de tiempo suficientemente largo para obtener los resultados óptimos. Aumentar las dosis hasta llegar a las recomendadas, o hasta alcanzar el nivel de tolerancia. Mantener estas dosis hasta obtener la mejoría máxima.

Presentación: En frascos de 50 y 100 Cápsulas.

*Reg. U. S. Pat. Off.

NUTRITION RESEARCH LABORATORIES • CHICAGO, U. S. A.

Representantes Exclusivos en Puerto Rico: Pelegrina & Llorens, San Juan



Blood Enrichment in Iron-Deficiency Anemia with

COPPERIN

The blood in iron-deficiency anemia is markedly benefited by Copperin administration: hemoglobin percentages quickly rise; red blood cells increase in quantity and improve in quality.

Due to the action of the catalyst, copper sulphate, the amount of iron ammonium citrate per capsule is reduced to only 32 milligrams. But as ALL the iron is made available to the bloodstream, a maximum therapeutic effect is obtained. Copperin does not stain teeth or irritate the gastrointestinal tract and is water soluble. Prescribe Copperin "A" for adults, Copperin "B" for children.

Liberal professional samples gladly sent on request

RAFAEL A. VILLAMIL

Box 530, San Juan, P. R.

PERIODO INFLAMATORIO



En el período inflamatorio, la circulación linfática, desempeña un papel importante, pues la actuación de los leucocitos en el fenómeno de la diapédesis, que se verifica en este proceso, originado por el ataque al organismo de algún agente patógeno cuya puerta de entrada puede ser por vía ematógena o favorecida por el traumatismo.

NUMOTIZINE, por la acción farmacodinámica de los elementos que constituyen su fórmula, ayuda al proceso ya sea localizándolo o favoreciendo su absorción. Además, es un coadyuvante del dolor, que generalmente se presenta en estos estados.

NUMOTIZINE

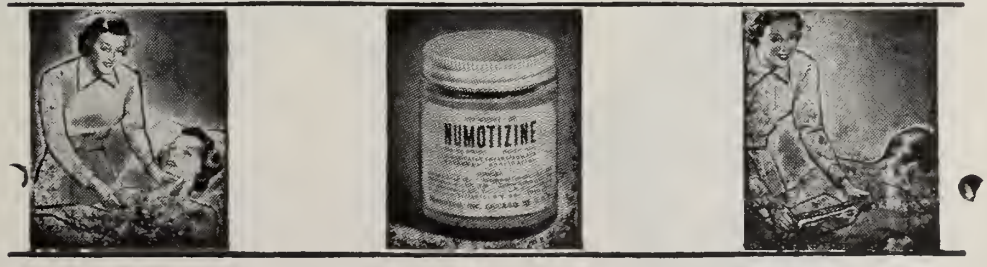
Cataplasma Analgésica y Descongestiva

INDICACIONES:

Furunculosis, Contusiones, Torceduras, Afecciones Ligeras Del Arbol Respiratorio, Linfadenitis, Epididimitis, Orquitis, Mastitis, Neuritis, Neuralgía y Artritis.

NUMOTIZINE se administra en tarros de cristal de 57, 114, 228, 425 y 850 gramos.

NUMOTIZINE, INC., 900 NORTH FRANKLIN ST., CHICAGO 10, ILLINOIS, E. U. de A.



Agente y Distribuidor Exclusivo para Puerto Rico
FRANCISCO N. CASTAGNET
Tanca 1, San Juan, P. R.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL
(Organizada en 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

PARA EL

Cirujano General

Curso combinado que comprende: cirugía general, c. traumática, c. abdominal, gastro-enterológica, ginecología y urológica. Asistencia a conferencias, presencia a operaciones, examen pre-operatorio y post-operatorio de enfermos asi como un curso ulterior en las salas. Patología, radiología, fisioterapia. Demostraciones en el cadáver sobre anatomía quirúrgica, cirugía torácica, anestesia regional. Cirugía operatoria y ginecológica en el cadáver.

CURSOS COMPLETOS Y CLINICA
DE LAS ENFERMEDADES DE

OJOS-OIDOS
NARIZ
GARGANTA

Obstetricia y Ginecología

Un curso completo. En Obstetricia: conferencias; clínica prenatal; presencia a partos normales y operatorios; operatoria obstétrica (maniquí).

En Ginecología: conferencias; exploración clínica; presencia de operaciones; examen pre-operatorio de pacientes; clínica post-operatoria de las pacientes en las salas.

Patología obstétrica y ginecológica; anestesia regional (en cadáver). Asistencia conferencias en Obstetricia y Ginecología.

PROCTOLOGIA,
GASTRO-ENTEROLOGIA
Y MATERIAS
DE LA ESPECIALIDAD

PARA INFORMES DIRIGIRSE A
MEDICAL EXECUTIVE OFFICER: 345 West 50th St., New York City

kalak
REG. U.S. PAT. OFF.



With the coming of the heated season KALAK has the capacity of relieving conditions due to heat-effects, the basis of many complaints. It is refreshingly delicious, sparkling, alkaline.
A post-card to us signed by the doctor will bring him our cards giving accepted clinical laboratory normal data, gratis.

KALAK WATER COMPANY OF NEW YORK, INC.

30 Rockefeller Plaza - New York 20

Distributed by

RODOLFO BERNAL

San Juan, Puerto Rico

Todos los Elementos Nutritivos Conocidos Esenciales para el Crecimiento Normal del Niño Están Incluidos en

S. M. A.

● Además de suministrar los requisitos calóricos del niño normal—basados en la composición de la leche humana—S. M. A. contiene abundantes cantidades de los minerales y vitaminas necesarios para mantener el crecimiento óptimo y la salud.

Las anemias de la infancia son raras en los niños alimentados con S. M. A. porque S. M. A. contiene suficiente hierro (Fe)—aproximadamente 10 mg. por cada litro de alimento preparado—para suministrar este importante elemento al niño.

El contenido de vitamina A es amplio y constante durante todo el año. Hay bastantes vitaminas B_1 y D para impedir la deficiencia en la dieta de estos materiales esenciales. Al igual que a los niños alimentados con el pecho, es conveniente darles vitamina C—en forma de jugo de naranja o jugo de tomate—a aquellos que se alimentan con S. M. A.

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.
LONDRES, INGLATERRA SYDNEY, AUSTRALIA WALKERVILLE, CANADA

FS5, 3-40 SPANISH A

IMPRESO EN E. U. A.

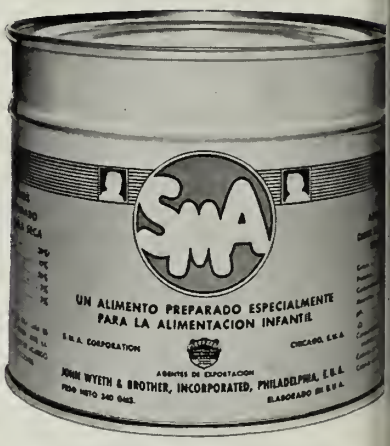
S. M. A.

Da Excelentes Resultados en la Nutrición porque S. M. A. Es Como La Leche Materna

S. M. A. es un alimento preparado especialmente para la alimentación infantil. Cuando se prepara de acuerdo con las direcciones es esencialmente similar a la leche materna.

No solamente son sus procentajes de proteína, grasa, carbohidratos y minerales iguales a los de la leche humana, sino que la grasa de S. M. A. se asemeja a la de la leche humana química y físicamente.

Por eso, a los niños normales les encanta S. M. A.—la digieren fácilmente y les va excepcionalmente bien con ella. Ud. puede esperar que los resultados obtenidos con S. M. A. serán iguales a los de la leche materna.



Aceptado por la Junta de Alimentos de la Asociación Médica Americana.

ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN.

S.M.A. CORPORATION
CHICAGO, ILLINOIS, E.U.A.

JOHN WYETH & BROTHER, Incorporated
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.
LONDRES, INGLATERRA SYDNEY, AUSTRALIA
WALKERVILLE, CANADA

Distribuidores:
CASTAGNET & CASTILLO CO.
P. O. BOX 2506, SAN JUAN, PUERTO RICO

ANTIPHLOGISTINE

retiene el calor húmedo

Al ser aplicada caliente encima del área afectada la ANTIPHLOGISTINE retiene ahí varias horas el calor húmedo y ayuda eficazmente a quitar el dolor, la inflamación y los espasmos musculares debido a dislocaciones, torceduras o contusiones.

En el tratamiento sintomático de los catarros del pecho, y en la bronquitis, el calor húmedo de la ANTIPHLOGISTINE es útil para aliviar la tos, el adolorimiento muscular y la estrechez pectoral.

La ANTIPHLOGISTINE puede usarse juntamente con la quimioterapia.

ANTIPHLOGISTINE

* * *

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NUEVA YORK

Francisco Garratón, S. en C., Apartado 1541, San Juan.

THESODATE (Brewer)

Definition: Thesodate (Brewer) is the original ENTERIC COATED tablet of Theobromine Sodium Acetate.

Indications: Thesodate (Brewer) is indicated in the treatment of coronary artery disease, edema, and hypertension.

Distribution: Thesodate (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
*Thesodate, 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

Dose: One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION:
1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G., Arch. Int. Med., Vol. 60, page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F., J. A. M. A., Vol. 109, page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E., Am. H. Jour., Vol. 19, page 639, Number 6, June, 1940.

• Thesodate, 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, INC. **Worcester, Mass., U.S.A.**

Pharmaceutical Chemists Since 1852

HERISAN

(MARCA REGISTRADA)

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" Y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA:	50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo---	10 gramos
	Acido Bórico		2 gramos
	Oxido de Zinc		15 gramos
	Talco		15 gramos
	Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en: HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, etc.

Preparado por

ANDROMACHUS CORPORATION

22 East 49th Street. New York 1s-17, N. Y.

Distribuidor: **E. VELEZ POSADA**, Plaza de Colón, San Juan.

NASOFEDRINA

INHALANTE
EN SOLUCION SALINA NORMAL

SOLUCION ACUOSA para usarse en gotas, rocío o taponamientos en la nariz.

Su acción va dirigida a descongestionar la mucosa de la nariz, permitiendo un drenage fácil y respiración franca.

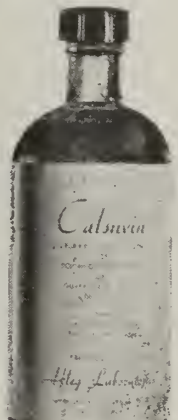
FORMULA

Clorobutanol—(Derivado del Cloroformo).....0.50%
Sulfato de Efedrina.....1.%

En Solución Salina Normal, con Fenol, Eucaliptol, Mentol, Biborato Sódico y Acido Bórico.
Frascos de 30 cc.

Producto de **AFLEG LABORATORIES** San Juan, P. R.

ACCION Y SUAVIDAD



CALSUVIN contiene cantidades adecuadas de Clorhidrofosfato de Cal y Guayacol Sulfonato de Potasa —(Tiocol)— para llenar plenamente su cometido como preparación indicada en el tratamiento de las afecciones catarrales de las vías respiratorias... **CALSUVIN** proporciona una medicación de sabor agradable exenta de efectos irritantes sobre el trato digestivo.

Cada cucharada —(15 cc.)— contiene:

Clorhidrofosfato de Cal	0.07 gm.
Guayacol-sulfonato de potasa	0.15 gm.
Vehículo hidroalcohólico de sabor agradable c.s. para	15 cc

CALSUVIN

Producto de
AFLEG LABORATORIES
San Juan, Puerto Rico

PROXIMA ASAMBLEA ANUAL

DE LA

ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

* * *

JUEVES 13 DE DICIEMBRE
VIERNES 14 DE DICIEMBRE
SABADO 15 DE DICIEMBRE

* * *

HAGA DESDE AHORA SUS ARREGLOS PARA QUE PUEDA ASISTIR A ESTA ASAMBLEA

La Tisuloterapia Resuelve el Problema del Dolor.

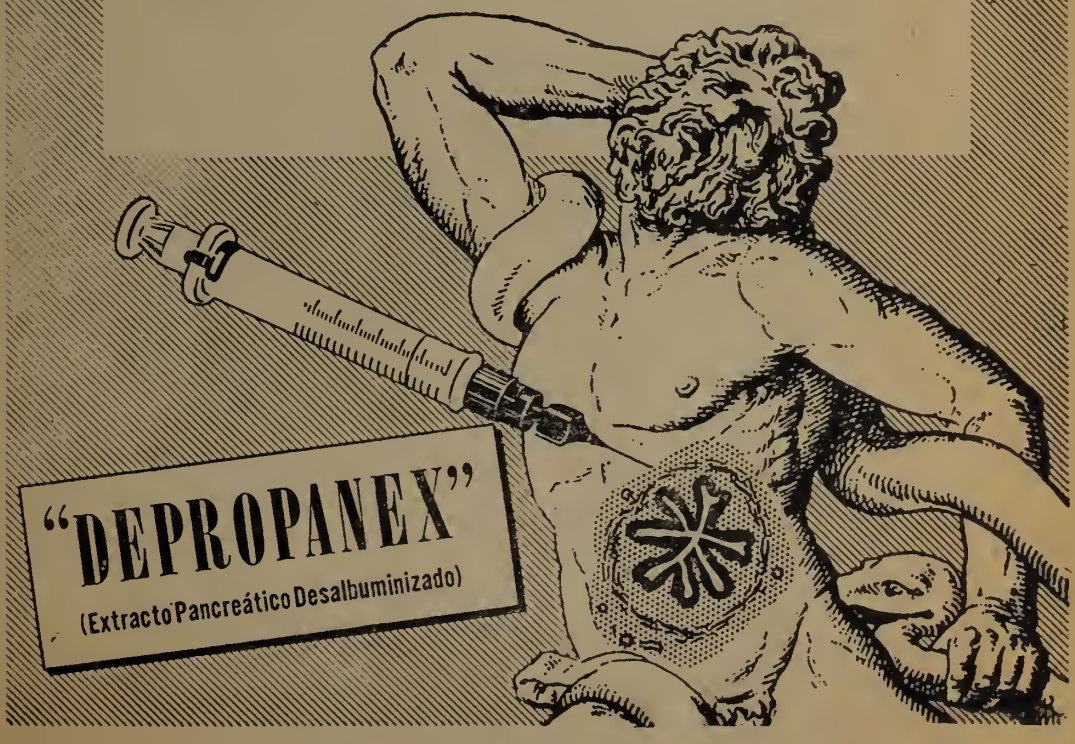
La Tisuloterapia con "DEPROPANEX" (extracto desalbuminizado de tejido pancreático) es el medio a que recurren millares de médicos, por las razones siguientes:

"DEPROPANEX" disminuye las contracciones espasmódicas de los músculos lisos, y elimina así la causa del dolor en el cólico renal o ureteral provocado por cálculos, estrecheces, etc. La acción es casi instantánea: una inyección de 3 a 5 cc. por vía intramuscular proporciona alivio en tres minutos o menos.

"DEPROPANEX" se emplea, además, con excelentes resultados, en el cólico postcistoscópico, en pielografías; en el tratamiento de las lesiones vasculares: Claudicación intermitente, angina de pecho, enfermedad de Reynaud, espasmos arteriales de la retina; y en ciertos trastornos espasmódicos de la hipertensión arterial.

"DEPROPANEX" no contiene insulina, acetilcolina o histamina, y su inyección no provoca reacciones desagradables.

Envases originales: frasquitos de 10 cc. **Sharp & Dohme, Philadelphia 1, Pa., E.U.A.**



El *sueño que abrevia la obscuridad*



Los médicos están perfectamente informados de la importancia del descanso de una buena noche. A menudo, cuando el cansancio físico o la fatiga mental causan desasosiego e insomnio, se prescribe tomar una dosis de 'Seconal Sódico' (Barbiturato Propil-metil-carbinil-alil Sódico, Lilly) al acostarse.

El 'Seconal Sódico' ejerce rápidamente su efecto hipnótico e invita suavemente a olvidar y dormir. Debido a la breve duración de su acción, el paciente se despierta refrescado y completamente descansado. Toda farmacia debe mantener una cantidad adecuada de 'Seconal Sódico' en existencia.

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION
Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.

AÑO XXXVII OCTUBRE, 1945 NUMERO 10

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

BOLETIN

DE LA

MAR 2 2 1946

ASOCIACION MEDICA

DE

PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL

PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Asamblea Anual - Diciembre 12 - 16, 1945



P. O. Box 3081 — San Juan, P. R.

SUMARIO

	Página
Aptitud funcional del corazón y pruebas para medirla, Ramón M. Suárez, M.D., Santurce, P. R.	389
Experiences with various Types of Anesthesia in Surgery of the Upper Abdomen, Salvador C. Busquets, Jr., M. D., Fajardo, P. R.	396
The Use of Adrenalin in Acute Tropical Lymphangitis or Elephantiasis, Caroline Kreiss Pratt, M. D., San Juan, P. R.	412
Demerol-Scopolamine Analgesia in Obstetrics, - Report of 50 cases, Jorge García Bird, M. D., Santurce, P. R.	414
Movimiento Científico Mundial	418
Noticias Médico-Sociales	422
Machacando en Hierro Frío - En Torno a las Mejoras en el edificio	426
Página del Auxilio **Médico Mutuo**	428

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

(Publicación Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico)

Avenida Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, Puerto Rico

DR. E. MARTINEZ RIVERA
Editor y Administrador

Editores Asociados

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. A. M. MARCHAND
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

El BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO es el órgano oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico. Se publica el día último de cada mes, constando cada volumen de 12 ediciones.

Los trabajos originales deben ser enviados al Editor-en-Jefe, Apartado de Correos 3866, Santurce 29, Puerto Rico, o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); año; volumen y página. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Si el artículo viene acompañado de ilustraciones, debe indicarse en el texto el sitio donde se desea que sean éstas intercaladas. Al dorso de cada ilustración debe hacerse constar claramente el título que deberá acompañarla.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Editor-en-Jefe.

Información en relación con anuncios será suplida a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio estará sujeto a la aprobación del Editor-en-Jefe.

Tres Dólares
Suscripción Anual

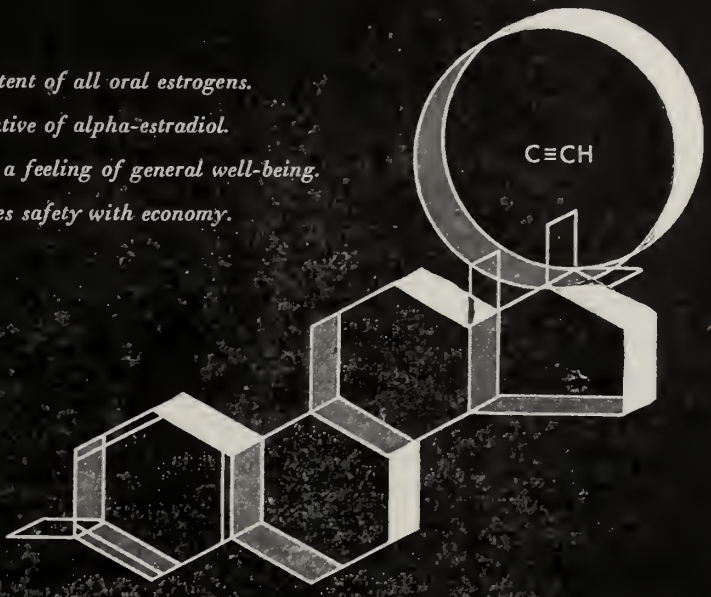
Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Puerto Rico under the act of August 24, 1912.

ESTINYL

(ETHINYL ESTRADIOL)

NEW ORAL ESTROGEN

Most potent of all oral estrogens.
A derivative of alpha-estradiol.
Imparts a feeling of general well-being.
Combines safety with economy.



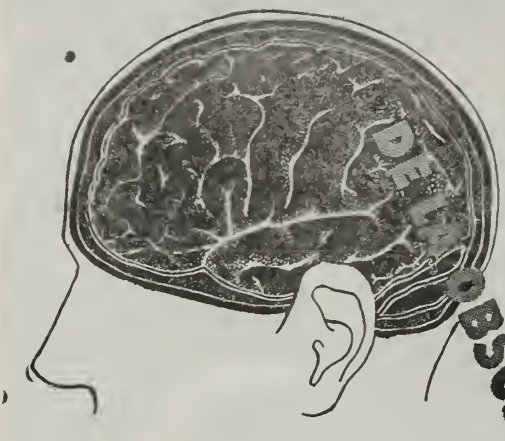
In the menopause and other manifestations of estrogen deficiency, ESTINYL administered as 0.05 mg. tablet two or three times daily provides prompt and striking relief. Relief of symptoms may frequently be maintained with one tablet daily or every other day.

ESTINYL AVAILABLE AS 0.05 AND 0.02 MG. TABLETS IN BOTTLES OF 30, 60 AND 250.

Literature on request

SCHERING CORPORATION BLOOMFIELD · NEW JERSEY

Distribuidor: CESAR CASTILLO, Tetuán 10, San Juan, P. R.



DE LA OBSCURIDAD...A LA CLARIDAD

Más de 1000 artículos publicados durante los últimos años en las más importantes revistas médicas del mundo, acreditan el SULFATO de BENZEDRINA como un agente de positivo valor terapéutico en el tratamiento coadyuvante, no solamente de los estados mentales depresivos, sino también como un poderoso auxiliar en la terapia del alcoholismo crónico y de la obesidad.

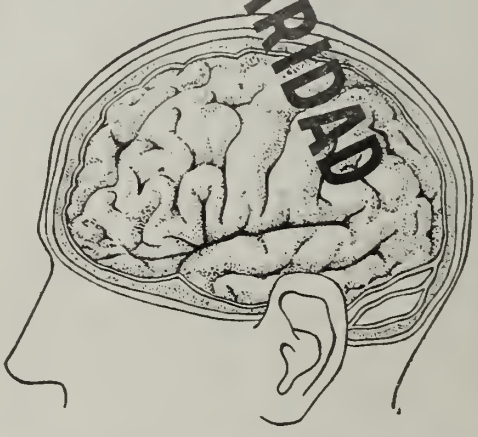
A su petición le enviaremos directamente literatura, posología y muestras sobre este producto.

EN la terapia coadyuvante de los estados de depresión mental simple, tan frecuentemente acompañados con la "fatiga crónica" (tan bien descrita por el famoso Dr. Alvarez de la Clínica de los hermanos Mayo), la profesión médica tiene en el Sulfato de Benzedrina un estimulante eficaz del sistema nervioso central, capaz de producir todos, o algunos de los siguientes efectos:

I. Aumentar la actividad mental, el interés y la accesibilidad.

II. Aumentar los sentimientos de autoseguridad, autobienestar y optimismo.

III. Estimular la acción psicomotora; aumentando la capacidad para el esfuerzo físico y mental.



TABLETAS DE SULFATO DE BENZEDRINA

SKF 1841 1944

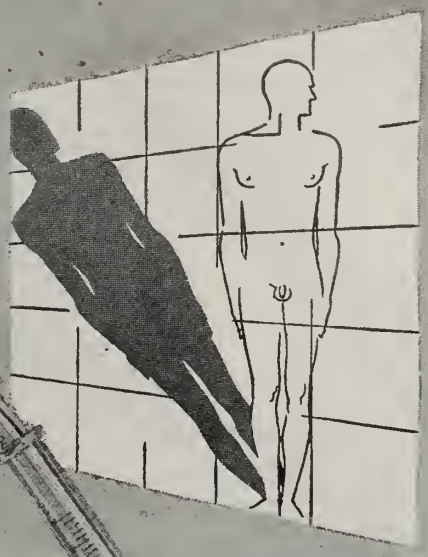
LABORATORIOS SMITH, KLINE & FRENCH

FILADELFIA, PA., E. U. A.

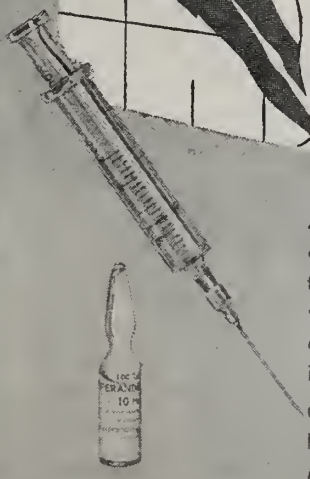
MAS DE 100 AÑOS SIRVIENDO A LA PROFESION MEDICA

COMBINED ANDROGENIC THERAPY

(PER ORAL AND PARENTERAL)







Accumulating clinical reports show that prompt results are achieved — in bath the male and female — when andragenic therapy is initiated with PERANDREN*, and then followed with METANDREN* Tablets. Both intramuscular and oral farms contain the most effective andragenic substances knawn, and if desired may be used interchangeably in most indications.

Cammon Indications far Andragenic Therapy: Impatence, Hypogonadism, Eunuchism, Angina pectoris — Menorrhagia, Metrorrhagia, Menopause, Dysmenorrhea.

PERANDREN (testosterane propionate) and METANDREN (methyl-testosterone) have all the advantages of the natural testicular harmone, testasterone.

PERANDREN AND METANDREN

*Trade Marks Reg. U. S. Pat. Off.

PERANDREN: in ampuls of 1 cc. containing 5 mg., 10 mg., and 25 mg.

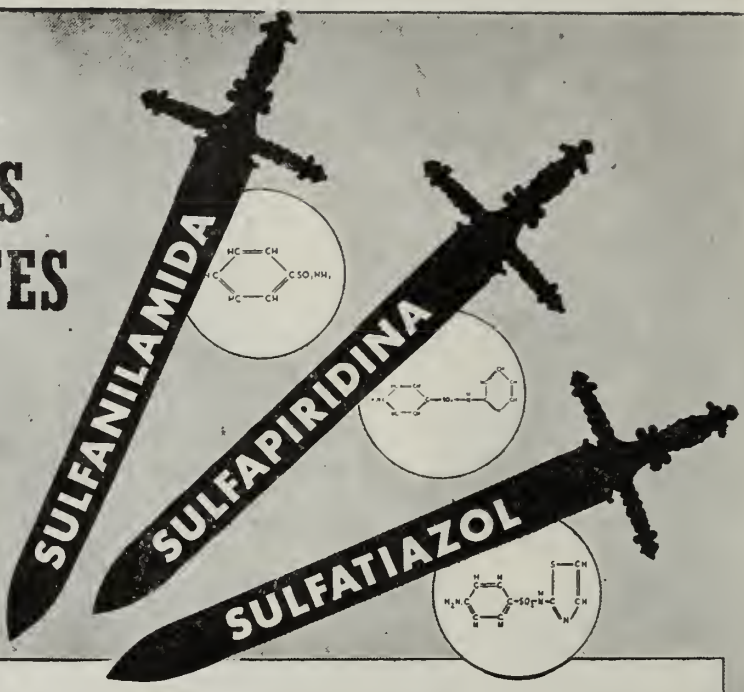
METANDREN: in tablets of 10 mg., scored.

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC. • SUMMIT, NEW JERSEY
IN CANADA, CIBA COMPANY LIMITED, MONTREAL

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, INC.
Salvador Brau 70 - San Juan 17, P. R.

TRES ARMAS POTENTES



La adopción y la valuación clínica de estos compuestos constituyen uno de los pasos más avanzados que registra la historia del tratamiento químico de las enfermedades. En manos del cirujano, estos agentes quimioterápicos son armas poderosas para combatir gran variedad de procesos infecciosos.

Este grupo de compuestos es eficaz contra las infecciones producidas por

ESTREPTOCOCOS HEMOLITICOS
MENINGOCOCOS ESTAFILOCOCOS
NEUMOCOCOS GONOCOCOS
BACILOS FRIEDLANDER
ESCHERICHIA COLI
LINFOGRANULOMA VENEREO
CIERTAS INFECCIONES DEL CONDUCTO URINARIO
TRACOMA CHANCROIDE

MERCK & CO., Inc.

Fabricantes de Productos Químicos de Calidad
Rahway, New Jersey, Estados Unidos de Norte América

MERCK



PRIVINE*

HYDROCHLORIDE

Aqueous, isotonic solution, buffered at pH 6.2 readjusts alkaline pathologic secretions to normal acid range, favors ciliary action, facilitates return to normal condition.

Privine (Naphazoline) provides prolonged relief of congestion in acute rhinitis . . . not followed by secondary vasodilatation. 0.1% for adults; 0.05% for children; bottles of 1 oz.

1. Medical Clinics of North America, 1108, Sept. 1944.

*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off.

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC., SUMMIT, NEW JERSEY
IN CANADA, CIBA COMPANY LIMITED, MONTREAL

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc. Salvador Brau 70, San Juan 17, P. R.



Agente: RAFAEL A. VILLAMIL, Apartado 530, San Juan, P. R.

Técnica del Tratamiento con

·A·M·P·H·O·J·E·L·

Gel Coloidal de Hidróxido de Aluminio, Wyeth

IDMINISTRACION ORAL

.a dosis normal es: Dos cucharaditas de AMPHOJEL disueltas en un poco de agua, dministradas cinco o seis veces al día y al acostarse. En el tratamiento de la lcera es esencial que el medicamento sea tomado frecuentemente y por un período e tiempo prolongado.

:l paciente debe tomar frecuentemente "dietas blandas", y comidas limitadas.

ADMINISTRACION INSTILATORIA GASTRICA



HOJEL es asequible en frascos azules de 175 c.c.

Se disuelve el AMPHOJEL en tres partes iguales de agua, instilándose contínuamente esta solución dentro del estómago por medio de una sonda esofágica a un promedio de 15 gotas por minuto. El aparato instilatorio AMPHOJEL es asequible en muchos hospitales. Esta procedimiento es usado en los casos de úlcera hemorrágica.



HN WYETH & BROTHER, INCORPORATED
Fabricantes de Productos Farmacéuticos de Alta Calidad Desde 1860
PHILADELPHIA, PA., E. U. A.
AGO CLEVELAND JERSEY CITY DURBAN LONDRES SYDNEY BUENOS AIRES X5728
IMPRESO EN E. U. A.

Los Especialistas Concuerdan en que el AMPHOJEL Es el Tratamiento Preferido para la

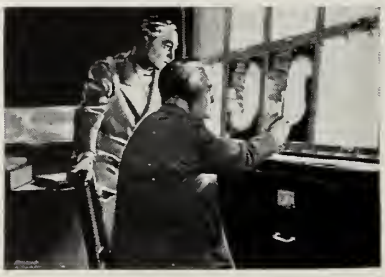
ULCERA PEPTICA

Literatura médica recientemente publicada informa de más de 1,000 casos de úlcera péptica tratados con éxito con la administración de gel coloidal de hidróxido de aluminio, evidenciándose en esos trabajos, como las más sorprendentes, las siguientes características del AMPHOJEL:

1. Rápido alivio del dolor;
2. Rápida cicatrización de la úlcera;
3. Imposibilidad de que su uso produzca alcalosis;
4. Exito donde otros métodos de tratamiento han fracasado, y
5. Excelentes resultados en casos de úlcera hemorrágica.

En uno de esos trabajos se informa que de 101 pacientes de úlcera péptica hemorrágica tratados con AMPHOJEL, todos mejoraron con la excepción de tres casos. La terapia con AMPHOJEL se ajusta perfectamente a la rutina normal establecida en los casos de úlcera péptica.

Siendo el AMPHOJEL eficaz y seguro en el tratamiento prolongado requerido en los casos de úlcera péptica, lógicamente resulta también ideal para el control de la simple hiperacidez.



Las radiografías demuestran cómo la úlcera péptica cicatriza rápidamente con el uso de AMPHOJEL.



La hiperacidez es prontamente controlada con AMPHOJEL.

JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATE

Fabricantes de Productos Farmacéuticos de Alta Calidad Desde 1860

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

CHICAGO CLEVELAND JERSEY CITY DURBAN LONDRES SYDNEY BUENOS A



LAS POTENCIAS MAS ALTAS AL COSTO MAS BAJO

Vitagalen es un jarabe sumamente eficaz y económico, que proporciona cantidades terapéuticas adecuadas de vitamina A, Vitamina D, y los factores del Complejo de la Vitamina B.

Las Tabletas Vitagalen contienen además, cantidades efectivas de Vitamina C y de seis minerales fisiológicamente activos.

Tanto el jarabe como las tabletas Vitagalen pueden administrarse con absoluta confianza como complemento alimenticio diario, o para el tratamiento de deficiencias clínicas de vitaminas múltiples.

POTENCIAS

Dos tabletas (la dosis usual diaria para adultos) suministran:

Vitamina A	5000	Unidades F.E.U.
Vitamina B	800	Unidades F.E.U.
Vitamina C (ácido ascórbico)	50	miligramos
Tiamina	4	miligramos
Riboflavina	4	miligramos
Niacinamida	30	miligramos
Piridoxina (Vitamina B_6)	0.50	miligramo
Pantotenato de calcio	2	miligramos
Vitamina E	2	miligramos
Hierro	15	miligramos
Manganeso	6	miligramos
Yodo	0.10	miligramo
Cobre	1	miligramo
Calcio	200	miligramos
Fósforo	150	miligramos

Una cucharada (15 mls.), la dosis usual diaria para adultos, suministran:

Vitamina A	5000	Unidades F.E.U.
Vitamina D	400	Unidades F.E.U.
Tiamina (Vitamina B_1)	3.75	miligramos
Riboflavina (Vitamina B_2)	2.00	miligramos
Amidoniacina (Amidoacido-nicotínico)	25.0	miligramos
Piridoxina (Vitamina B_6)	1.0	miligramo
Pantotenato de calcio	3.75	miligramos

Galen Company

BERKELEY, CALIFORNIA, E. U. A.

Distribuidor: RODOLFO BERNAL, Apartado 2048, San Juan, P. R.

¡A sus órdenes!

Podemos atender sus pedidos por esparadrapo, algodón, gasa y vendajes

También hemos continuado fabricando—dentro de las limitaciones impuestas por la situación actual—nuestra extensa línea de artículos de goma SEAMLESS, conocida por su calidad superior.

Al necesitar algún artículo de nuestra producción, consulte a nuestros agentes. Ellos le atenderán y cooperarán en lo posible para darle buen servicio. ¡Visítelos!

El esparadrapo "SR" es un producto que goza de extraordinaria demanda porque no irrita, se adhiere bien y se despega con facilidad.

El surtido de apósitos quirúrgicos "SR" es una línea completa: incluye algodón, gasa y vendajes.



FABRICANTES DE LOS GUANTES "SR" STANDARD PARA CIRUJANOS

The **SEAMLESS SR RUBBER** *Company*

NEW HAVEN, CONNECTICUT
E. U. A.

Marca de Fábrica Registrada

FABRICANDO ARTICULOS DE GOMA DESDE 1877

(NOMBRE Y DIRECCION DEL AGENTE)

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc.
Salvador Brau 70 — San Juan 17, P. R.



Agente: RAFAEL A. VILLAMIL - Apartado 530, San Juan 3, P. R.

LOST

Approximately 37% of the Calcium salts found in vegetables are lost in cooking. Utilization of the Calcium may also be incomplete if the supply of vitamin D is inadequate.

Calciwafers & Calcicaps

ALTERNATE DOSAGE FORMS

Supply Calcium and Phosphorus with enough Vitamin D for the absorption of the Calcium provided but also for the Calcium already in the diet.

CALCIWAFERS
Candied wafers, boxes of 50 and 250

CALCICAPS
Capsule form, bottles of 100 and 500

NION CORPORATION

LOS ANGELES 38, CALIFORNIA

NION

Exclusive Representative
JOAQUIN BELENDEZ SOLA
56 Tetuán St. - P. O. Box 1188 - San Juan 6, P. R.

For the treatment of Vitamin B Complex deficiencies . . . .

SURBEX

(TRADE MARK)

HIGHER POTENCY TABLETS

EACH TABLET CONTAINS:

Thiamine Hydrochloride (Vitamin B_1, 2000 U.S.P. Units)	6 Mg.
Riboflavin	6 Mg.
Nicotinamide	30 Mg.
Pyridoxine Hydrochloride (Vitamin B_6)	1 Mg.
Pantothenic Acid (as Calcium Pantothenate)	10 Mg.
Liver Concentrate*	5 Grs.
Brewer's Yeast Dried*	2½ Grs.

*For other B Complex factors.

SURBEX is supplied in convenient tablet form and is designed for treating moderate or severe deficiencies of Thiamine, Riboflavin or Nicotinamide accompanied by deficiencies of the other vitamin B complex factors contained in the tablet. One tablet supplies six times the minimum daily requirements of vitamin B_1 and three times that of riboflavin and nicotinamide. It is supplied in bottles of 100 tablets.

ABBOTT LABORATORIES PUERTO RICO, INC.

Salvador Brau No. 80 — San Juan, Puerto Rico

LAS FARMACIAS DE BLANCO

EN SAN JUAN Y SANTURCE

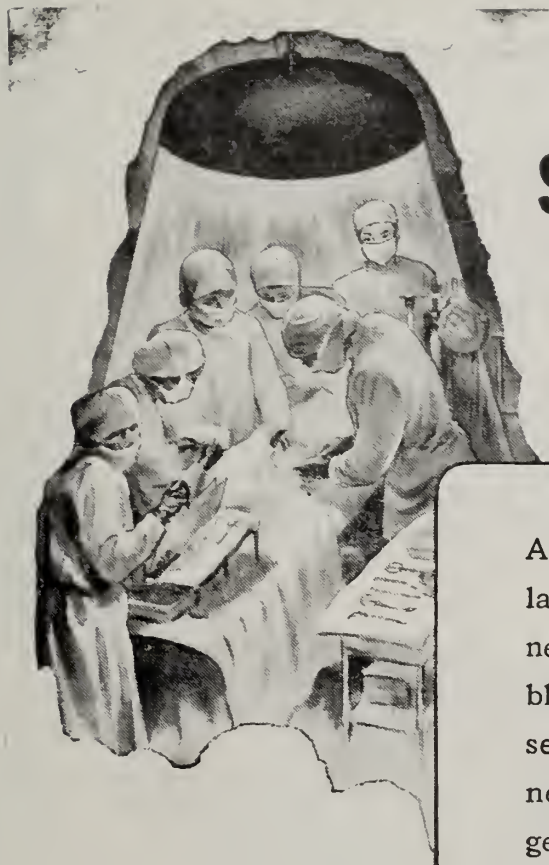
invitan atentamente a la distinguida clase médica para que visite sus instalaciones y departamentos de recetas y solicitan su autorizada crítica.

●

LA FARMACIA DE BLANCO

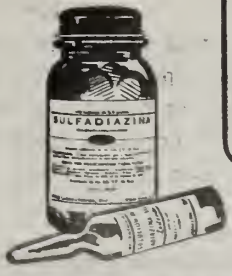
DE SAN JUAN

cuenta con un frigorífico de gran capacidad para atender en cualquier momento servicios profesionales a los señores médicos y al público en general en que se necesiten bajas temperaturas.



SULFADIAZINA
en
Cirugía

Administrable por todas las vías (bucal, subcutánea, intravenosa), difusible a través de todas las serosas (pleura, peritóneo, sinoviales, meninges); altamente tolerada y de acción sostenida, la Sulfadiazina constituye el mejor colaborador del cirujano una vez que el bisturí ya ha cumplido cabalmente su misión.



LEDERLE LABORATORIES DIVISION OF AMERICAN CYANAMID COMPANY INC.

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, NEW YORK

SUCURSALES Y REPRESENTANTES EN TODA LA AMERICA LATINA



For Surgical Antisepsis

Zephiran Chloride is a germicide of high bactericidal and bacteriostatic potency. In proper dilutions it is nonirritating and relatively nontoxic to tissue cells.

Zephiran Chloride possesses detergent, keratolytic and emulsifying properties, which favor penetration of tissue surfaces, hence removing dirt, skin fats and desquamating skin.

INDICATIONS

Zephiran Chloride is widely employed for skin and mucous membrane antisepsis—for preoperative disinfection of skin, denuded skin and mucous membranes, for vaginal instillation and irrigation, for vesical and urethral irrigation, for wet dressings, for irrigation in eye, ear, nose and throat infections, etc.

HOW SUPPLIED

Zephiran Chloride is available in

TINCTURE 1:1000 Tinted

TINCTURE 1:1000 Stainless

AQUEOUS SOLUTION 1:1000

in 8 ounce and 1 gallon bottles.

Write for informative booklet

ZEPHIRAN

Trademark Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

CHLORIDE

Brand of BENZALKONIUM CHLORIDE

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC. - Allen 77, San Juan, P. R.

Problema . . . .



UNA MADRE QUE NO PUEDE AMAMANTAR A SU HIJITO

WYETH INTERNATIONAL LIMITED • NEW YORK

Solución = S.M.A.

CUANDO LA MADRE NO PUEDE AMAMANTAR A SU HIJITO, S. M. A. RESUELVE EL PROBLEMA DE LA ALIMENTACION INFANTIL, PORQUE ES EL PRODUCTO QUE MAS SE APROXIMA A LA LECHE MATERNA.

● Si se diluye bien de acuerdo con las instrucciones, S. M. A. es esencialmente semejante a la leche materna, no sólo en cuanto a las proporciones de los constituyentes nutritivos sino también por sus características físicas y químicas. S.M.A. es el alimento lógico para los niños desprovistos de la leche materna. Proporciona las vitaminas A, B y D en cantidades suficientes para el régimen alimenticio normal del niño, el cual se complementa con jugo de naranja. Este método de alimentación artificial es fácil y lógico, si se consideran las ventajas excepcionales de ser satisfactorio para todos los interesados: el niño, la madre y el médico.



ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN

Aceptado por la Junta de Alimentos de la Asociación Médica Americana

WYETH INTERNATIONAL LIMITED • NEW YORK, N.Y. E.

WS—1-A

Printed in U.S.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

Publicado mensualmente bajo la dirección de la Junta Editora

Año XXXVII | OCTUBRE, 1945 | Número 10

APTITUD FUNCIONAL DEL CORAZON Y PRUEBAS PARA MEDIRLA*

RAMON M. SUAREZ, M. D.
Santurce, P. R.

El día 28 de febrero del año 1937 ante la Asamblea Médica de este mismo distrito celebrada en Caguas, hablamos acerca de la velocidad sanguínea o tiempo de circulación. (1) Hemos revisado ese artículo y notamos que en los 8 años transcurridos nada nuevo o fundamental se ha descrito para la medición del tiempo de circulación, que no mencionáramos ya nosotros. Terminábamos diciendo que "el estudio de la velocidad sanguínea nos ha de ayudar poderosamente al esclarecimiento del diagnóstico en casos obscuros de hiper e hipotiroidismo, a establecer el origen del edema cardíaco o renal, a diferenciar ciertos casos de asma cardíaca, de asma bronquial, etc."

En el día de hoy nos circunscribiremos a otros métodos más simples y casi totalmente exentos de peligros para determinar la aptitud funcional del corazón.

Indudablemente que por efecto directo o indirecto de la guerra actual los casos de neurosis cardíaca, las llamadas enfermedades funcionales del corazón y el síndrome conocido como astenia neurocirculatoria o enfermedad de la Costa en América y como "síndrome de esfuerzo" o "enfermedad del soldado" en Inglaterra han aumentado y habrán de aumentar aún más.

Desde hace tiempo se ha reconocido el origen nervioso, psicogénico o funcional de ciertas manifestaciones cardiovasculares. Es en la clientela privada y entre las llamadas clases superiores donde con más frecuencia encontramos el neurótico, psiconeurótico, neurasténico o hipocondríaco en el cual el corazón no es más que el órgano receptor o de localización de un estado general de irritabilidad nerviosa.

El miedo, las preocupaciones o la ansiedad, unido al conocimiento de un factor familiar o hereditario, o a la noticia de la muerte de un pariente o de un amigo por enfermedad cardíaca precipitan el cuadro.

La inestablilidad nerviosa puede ser el resultado de fatiga o de infecciones agudas o crónicas y puede muy bien ser la expresión clínica del hipertiroidismo o de la tuberculosis o en casos muy raros, de hipoglicemia.

Uno de los primeros signos que se presenta es irregularidad en el pulso. Pronto aparecen palpitaciones y disnea. El enfermo se atemoriza y desarrolla su propia idea o concepción de la enfermedad. Si a ésto unimos la opinión expresada por el médico examinador de la existencia de "un soplo valvular", o de una posible angina de pecho", o la frase "alteraciones

---

* Conferencia leida ante la asamblea médica de Guayama el día 8 de abril de 1945.

(1) Bol. As. Med. de P. R. - 29.5:219-226, Mayo 1937.

del miocardio" escrita por el cardiólogo al descubrir el electrocardiograma que entrega al propio paciente, tendremos en pleno desarrollo una seria neurosis cardíaca.

El enfermo psiconeurótico describe el dolor como de puñalada sobre el precordio, pero durante el dolor no adopta la actitud de absoluta quietud e inmovilidad que adopta generalmente el que padece de lesión orgánica del corazón, por el contrario está inquieto y se mueve constantemente, ni la respiración ni la presión se alteran considerablemente y aún el pulso permanece normal, aunque a veces puede presentarse taquicardia paroxismal de origen psicogénico.

El llamado "síndrome de Da Costa" por haber sido descrito por él durante la Guerra Civil Americana (1864) como "corazón irritable", fué llamado por McCarthy (1898), "enfermedad funcional del corazón del soldado, "síndrome de esfuerzo" por Lewis (1917) y "astenia neurocirculatoria" por Levine, Oppenheimer y Rotschild. (1918).

"La astenia neurocirculatoria, según Oppenheimer, es un síndrome clínico, no una enfermedad "sui géneris", caracterizado por disnea, palpitaciones, precordialgias, agotamiento, zumbido de oídos, cefalalgia, nerviosidad y una gran variedad de síntomas asociados y de signos despertados o exagerados por el esfuerzo físico, en pacientes en los que no hay ningún signo de alteración orgánica del corazón."

Aunque es más frecuente en los jóvenes, no se limita a esa edad ni a un solo sexo. Tampoco es peculiar ni mucho menos de los soldados y atletas, sino que constituye una corrientísima afección crónica de los habitantes sedentarios de las ciudades. Lo que ocurre es que estos últimos no le dan importancia e incluso la ocultan, mientras que para los soldados y atletas constituye un serio motivo de preocupación. Cuando todos los jóvenes de una nación son llamados a prestar servicio militar, un buen número de ellos, justamente los dedicados a ocupaciones sedentarias, presentan de una manera temporal o definitiva una incapacidad para el trabajo intenso que supone la instrucción activa a que se les somete. Esta incapacidad es el "síndrome de esfuerzo".

Es muy común el error de tomar a estos sujetos por cardíacos. La taquicardia y disnea, la extensión del impulso del latido cardíaco a los espacios tercero, cuarto y quinto y a veces hasta el segundo y sexto, la presencia de soplos cardiorespiratorios en la región basal y la menos frecuente presencia de soplos sistólicos apicales sobre todo después de un ejercicio ligero, o bajo el efecto de cualquier motivo de excitación psíquica y más aún la presencia de T plana o invertida en una de las derivaciones del electrocardiograma pueden hacer errar el diagnóstico.

La idea de la distención cardíaca halló punto de apoyo en el latido difuso y en el ocasional soplo asistólico, pero la teleradiografía ha demostrado casi siempre un corazón "en gota" o "con pendulum".

El propio Sir Thomas Lewis dice que no ha visto ningún caso, ni en personas civiles ni en soldados, en que pudiera considerarse con evidencia al esfuerzo como causante del síndrome disnéico. La mayor parte de los autores le atribuyen más importancia a la emoción y al miedo que al esfuerzo.

Al examen físico generalmente encontramos un individuo longilíneo o de constitución asténica con acrocianosis, pies y manos frías y sudorosos y de aparente inestabilidad emotiva. Al menor esfuerzo presenta disnea y su pulso y presión sistólica se elevan y permanecen elevadas por largo espacio de tiempo.

El pronóstico "quad vitam" es bueno.

Cinco años después de la guerra mundial pasada, entre 600 casos, solamente el 2 por ciento habían muerto. En el 8.7 por ciento de los sujetos habían desarrollado enfermedades serias; en el 3.2 por ciento el estado era peor; en el 56.5 por ciento, el mal había quedado estacionario; en el 17.8 por ciento había franca mejoría y en el 15.3 por ciento se encontraban aptos para trabajar. Bajo la dirección de Lewis, los individuos de "síndrome de esfuerzo" tratados que abandonaron el Hospital Militar de Colchester pudieron ser distribuídos como sigue: el 20 por ciento quedaron permanentemente inútiles para todo servicio; el 30 por ciento útiles sólo para comisiones pasivas o de labor sedentaria, el 20 por ciento para el servicio general, y el 30 por ciento útiles para trabajos pesados.

Durante los primeros días de la Gran Guerra de 1914 los enfermos de este tipo eran considerados como verdaderos cardíacos y se les ponía en reposo o se los sometía a ligeros ejercicios con mucha precaución. Pero la experiencia demostró que esos temores no tenían fundamento; muchos miles de estos sujetos fueron efectuando progresivamente ejercicios de todas clases, incluso violentos esfuerzos, y en ningún caso pudo haber la sospecha de que el tratamiento así dirigido tuviese efectos tardíos perjudiciales; por el contrario, llegó a considerarse el ejercicio como un remedio terapéutico, que desde entonces ha extendido su uso considerablemente.

La generalidad de los enfermos con lesión del corazón que no han caído aún en la insuficiencia cardíaca propiamente dicha, y también algunos individuos sin lesión del corazón, pero con lesiones pulmonares o de otros órganos, o con una constitución física inferior, presentan una reducción de la aptitud funcional de su corazón.

Esta puede determinarse con alguna aproximación por medio del interrogatorio, esto es, por medio de las informaciones que el mismo paciente proporciona; pero en gran número de casos este método resulta insuficiente y por lo tanto se han ideado numerosas pruebas funcionales. Estas consisten esencialmente en hacer que el paciente ejecute esfuerzos físicos determinados y en observar la magnitud de los efectos provocados.

Ninguna de estas pruebas refleja directamente el estado, condición o aptitud funcional del aparato cardiovascular, sino más bien la condición física general del sujeto. Por eso no es de extrañarse que al someterse a algunas de estas pruebas un atleta con lesión orgánica del corazón dé un mejor índice que un individuo con corazón normal pero de pobre constitución física.

Indice de Schneider:

El índice de Schneider, usado para el examen de los aviadores se practica como sigue:

1. El sujeto se acuesta durante cinco minutos.
2. Se cuenta entonces la frecuencia durante 20 segundos. Cuando dos cuentas sucesivas de 20 segundos den la misma cifra, ésta se multiplica por 3 y se anota el resultado.
3. Se mide la presión máxima por el método auscultatorio y se anota; mídase dos o tres veces, para estar seguro.
4. El sujeto se incorpora y se mantiene de pie durante dos minutos, a fin de que el pulso se vuelva uniforme. Cuando dos cuentas consecutivas de 15 segundos den los mismos resultados, se multiplica por 4 y se anota

el resultado. Esta es la frecuencia normal del individuo de pie.

5. Se mide la presión máxima como se tomó antes y se anota.
6. Marcando los tiempos regularmente con un reloj, el sujeto sube a una silla o banco de 18 ½ pulgadas cinco veces seguidas en 15 segundos. Para hacer este movimiento de un modo uniforme el sujeto se debe colocar al iniciar la cuenta con un pie sobre la silla. Este pie permanecerá allí y no volverá al suelo sino después de la cuenta de cinco. A cada número llevará el otro pie hasta ponerlo sobre la silla y a cada voz de "abajo" lo volverá a colocar en el suelo. Estos movimientos quedarán ritmados con el tiempo de manera que al finalizar la cuenta de 15 segundos ambos pies queden puestos en el suelo.
7. Inmediatamente que se ha llegado a la marca de 15 segundos se inicia una cuenta de la frecuencia del pulso. Se cuentan las pulsaciones durante 15 segundos, se multiplica por 4 y se anota.
8. Se continúa tomando la frecuencia del pulso cada 15 segundos hasta que haya vuelto al estado anterior o de reposo en posición de pie. Anótese el número de segundos requerido para esta vuelta a lo normal. Para hacer el cómputo de esta cuenta se principia al terminar los 15 segundos del esfuerzo y se termina cuando principian los primeros 15 segundos en los que la frecuencia del pulso es igual a la anterior del ejercicio. Si transcurridos dos minutos, la frecuencia del pulso no ha vuelto a lo normal, anótese esta frecuencia y déjese de seguir contando.
9. Cotícense los resultados conforme a los siguientes cuadros y súmense los resultados algebráicamente.

(Véase Tabla 1)

TABLA I

PUNTOS PARA MEDIR CAMBIOS CARDIOVASCULARES (INDICE DE SCHNEIDER)

A. Frencuencia del pulso en reposo

Pulsaciones por minuto	Puntos
50 a 60	3
61 a 70	3
71 a 80	2
81 a 90	1
91 a 100	0
101 a 110	—1

B. Aumento del pulso al cambiar a la posición de pie

0 a 10	11 a 18	19 a 26	27 a 34	35 a 42
Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos
3	3	2	1	0
3	2	1	0	—1
3	2	0	—1	—2
2	1	—1	—2	—3
1	0	—2	—3	—3
0	—1	—3	—3	—3

C. Frecuencia del pulso estando de pie. Pulsaciones por minuto

	Puntos
60 a 70	3
71 a 80	3
81 a 90	2
91 a 100	1
101 a 110	1
111 a 120	0
121 a 130	0
131 a 140	—1

D. Frecuencia del pulso después del ejercicio

0 a 10	11 a 20	21 a 30	31 a 40	41 a 50
Puntos	Puntos	Puntos	Puntos	Puntos
3	3	2	1	0
3	2	1	0	0
3	2	1	0	—1
2	1	0	—1	—2
1	0	—1	—2	—3
1	—1	—2	—3	—3
0	—2	—3	—3	—3
0	—3	—3	—3	—3

E. Tiempo requerido para que el pulso vuelva a lo normal después del ejercicio

	Puntos
0 a 30 segundos	3
31 a 60 segundos	2
61 a 90 segundos	1
91 a 120 segundos	0
Después de 120 segundos 2 a 10 latidos sobre lo normal	—1
Después de 120 segundos 11 a 30 latidos sobre lo normal	—2

F. Diferencia entre la presión sistólica estando de pie y la medida estando el paciente en reposo

	Puntos
Elevación de 8 mm. o más	3
Elevación de 2 a 7 mm.	2
No hay elevación	1
Descenso de 2 a 5 mm.	0
Descenso de 6 mm. o más...	—1

La suma algebráica debe ser mayor de 8 puntos. Un índice de Schneider menor de 8 debe ser tomado en cuenta con otras condiciones del aparato circulatorio y no debe ser considerado por sí solo suficiente para descartar a un examinado.

PRUEBAS DE MARTINET MODIFICADAS PROPUESTAS PARA EL EJERCITO MEJICANO

(a) Cuenta del número de pulsaciones por minuto estando la persona en decúbito dorsal. Esta cuenta deberá hacerse hasta después de cinco minutos de que la persona se encuentre en dicha posición, o también cuando dos cuentas de un minuto, separadas por un intervalo no menor de un minuto, den resultados iguales.

(b) Cuenta del número de pulsaciones por minuto cuando el sujeto está de pie. Se toma dicha cuenta al cabo de dos o tres minutos, a fin de eliminar el error que resulta del esfuerzo necesario para el cambio de posición.

(c) Cuenta del número de pulsaciones durante un minuto, inmediatamente después de que el sujeto ha efectuado 20 flexiones profundas (sentadillas) aproximadamente a la velocidad de una por segundo.

(d) Cuenta del lapso que transcurre entre el momento en que termina el esfuerzo y el momento en el que el pulso volvió a su frecuencia normal.

Los valores límites para considerar a un individuo todavía dentro de los límites normales son los siguientes:

(a) Una frecuencia del pulso, estando la persona en decúbito, de 90 por minuto.

(b) Un aumento de la frecuencia debido al cambio de posición de 15 pulsaciones.

(c) Un aumento de la frecuencia del pulso, como resultado del esfuerzo, en más de 30 pulsaciones por minuto.

(d) Un tiempo mayor de 3 minutos para la vuelta de la frecuencia del pulso a lo normal.

Tres o cuatro de estos datos desfavorables son suficientes para descartar a un examinado. En el caso de que dos de los resultados fuesen desfavorables debe citarse al individuo en otro día y repetir la prueba. Los mismos resultados se pueden obtener usando en vez de las sentadillas o posiciones en cuclillas, el salto de 20 veces sobre un pie y 20 veces sobre el otro.

Nosotros personalmente usamos preferentemente la prueba de la escalera de Master y Oppenheimer, la determinación de la capacidad vital y la prueba de "aguantar la respiración".

La más sencilla de todas y la que se puede hacer en cualquier sitio sin más ayuda que la de un reloj con secundario es la prueba de "aguantar la respiración" Una persona normal, que no esté fingiéndose enferma puede "aguantar la respiración" después de una inspiración profunda por más de 30 segundos, generalmente 45 segundos, un minuto y más.

Esta prueba, si se quiere, se puede hacer un poco menos simple pero más útil tomando la presión sistólica y diastólica después del individuo haber aguantado la respiración todo lo más posible al término de una expiración completa, después de una expiración parcial y después de una respiración normal. En el individuo sano la presión sistólica no debe subir más de 20 mm. y la diastólica 5 mm.

Herzog anota los resultados obtenidos en 5 o 10 pruebas después de una expiración suave y después de una forzada y completa. Variaciones en la duración del esfuerzo de 12, 22, 16, 12, 25 y 15 segundos por ejemplo, sugieren inestabilidad del control neuromuscular, mientras que una disminución progresiva en el esfuerzo tal

como, 22, 20, 17, 14 y 10 segundos indican insuficiencia cardíaca.

La prueba de la escalera:

Preferimos la prueba de la escalera porque es éste un ejercicio al cual todos los pacientes están acostumbrados—no es nada nuevo para su sistema muscular—y no es incómodo para las mujeres.

La escalera ideada por Master y Oppenheimer consiste de dos escalones de nueve pulgadas de altura cada uno. El paciente habrá de subir y bajar estos dos escalones un número fijo de veces de acuerdo con su edad y peso y según tablas preparadas al efecto. Por ejemplo un hombre de 30 años de edad y de 140 libras de peso 24 veces y una mujer de la misma edad y peso sólo 21 veces.

Se debe instruir al enfermo a mirar al médico al dar la vuelt a sobre sus pies mientras sube y baja los dos escalones para evitar mareos y alteraciones en su presión sanguínea.

La respuesta a este ejercicio se considera normal cuando la presión sanguínea y la frecuencia del pulso retornan a 10 puntos de la cifra inicial a los 2 minutos de haberse terminado la prueba. El electrocardiograma tomado inmediatamente, 3 minutos y 8 minutos después del ejercicio no debe normalmente demostrar ningún desnivel en el segmento RST.

La capacidad vital:

La capacidad vital es la mayor cantidad de aire que se puede expirar después de la más completa inspiración. Para esta determinación es conveniente entrenar al paciente haciendo que practique dos o tres veces antes.

Algunos usan el aparato de metabolismo basal para estudiar la capacidad vital. Nosotros usamos dos aparatos: un espirómetro y un flerómetro. El primero es más sencillo y de lectura inmediata y evidente; para el otro tenemos que usar un cronómetro y multiplicar por 20 el número de segundos que el sujeto haya estado "soplando".

La capacidad vital varía con la condición física del individuo y con su entrenamiento. Generalmente oscila entre 4,000 a 5,000 cc. en los hombres y entre 3,000 a 4,000 cc. en las mujeres. La capacidad vital ideal se puede calcular averiguando la superficie del cuerpo de acuerdo con las tablas de metabolismo basal de Du Bois y multiplicando por 2.5 litros en el hombre y por 2. litros en la mujer.

Una reducción en la capacidad vital no implica necesariamente enfermedad cardíaca. Un menor volumen de aire expirado puede ser explicado por inexperiencia a falta de entrenamiento, debilidad general, y enfisema pulmonar, tuberculosis neumonía, neumotorax, colapso pulmonar u obstrucción respiratoria. Cuando se pueden eliminar esos factores entonces las causas de la baja capacidad vital son la congestión o edema pulmonar o la insuficiencia cardíaca.

La determinación seriada de la capacidad vital tiene más valor que una simple determinación y constituye un método objetivo muy útil para seguir el curso y tratamiento de la insuficiencia cardíaca.

REFERENCIAS

Herrmann, George R., "Synopsis of Diseases of the Heart and Arteries", C. V. Mosby Co., St. Louis, 1944.

Meneses Hoyos, Jorge, "Cardiología", Imp. Manuel León Sánchez, México, 1943.

EXPERIENCES WITH VARIOUS TYPES OF ANESTHESIA IN SURGERY OF THE UPPER ABDOMEN

SALVADOR C. BUSQUETS, JR. M.D.*

It can be safely said that the great advances made in the last two or three decades in surgery of the upper abdomen, especially that of the gall bladder and biliary passages, stomach, pancreas, and spleen, has been due greatly to the advances made in anesthesia.

Many surgeons in the United States do not have to worry about the anesthesia given to the patients because in most large "A" American hospitals they have a well trained staff of anesthetists that are not only able to carry the patient smoothly throughout an operation, but also to handle adequately any anesthetic emergency that might arise during the operation.

These ideal conditions are not offered to most surgeons in Puerto Rico. Most hospitals in this Island with very few exceptions do not have trained doctors or trained medical men that have taken up anesthesia as their specialty. In most hospitals anesthesia is given by trained nurses under the watchful eye of the surgeon.

It does not matter how much experience they have had, you will have to admit that with very few exceptions most of them do not have enough medical training to understand the physiology and the pathology of certain agents, certain anesthetic emergencies and how to handle them.

Because of this very reason, it is the duty of all of us that have taken up surgery as our specialty to keep up with all the new advances made in anesthesia, not only for the sake of the patient, but for our own sake. And I say for our own sake because the advances made in anesthesia in the past ten years have made surgery much easier for us.

The problem of good anesthesia and good relaxation is probably of more concern for the surgeon that does upper abdominal work or prolonged operations such as resections of the colon and abdominoperineals than for the surgeon like the gynecologist who does most of his work low in the abdomen. But even this one is confronted many times with difficult procedures which take several hours.

In the four years that I have been in the Surgical Department of the Fajardo District Hospital, I have had the opportunity of using and seeing used many types of anesthesia. I have seen their advantages and disadvantages and we have gradually changed from one to the other when we thought the change was a good one. To be able to do this we have had to keep in close contact with new methods discovered, reading those papers on anesthesia which come out from time to time and which are published in most of the good surgical journals. These new methods we try, teaching them to our nurses interested in anesthesia. First we use them only in the "good surgical risk" but later as we begin to acquire more experience we can use them in a greater variety of cases.

1. Ether

Ether held the stage for many years and is still the one preferred by many surgeons. We all know how safe ether is

* Senior Medical Officer in Surgery, Fajardo District Hospital - Fajardo, Puerto Rico.

but we also know that ether is not the ideal anesthesia for long operations. I still have very vivid in my mind one case, several years ago, of chronic calculus cholecystitis and choledocholithiasis in wich we spent over three hours under ether anesthesia because of technical difficulties in removing the stones from the common duct followed by insertion of T tube and the cholecystectomy. The operation was a success but the patient died twenty four hours later probably from "post-operative and anesthetic shock." Looking retrospectively, I feel that if the operation had been done by the modern methods that we use at the present time with the increased relaxation which we now obtain, may be the patient would be alive today, as the operative shock would have been diminished and less time would have been spent at operation. It has been proved that ether when used in high concentrations has a toxic action on liver and is contraindicated in the jaundized patient.

2. Pentothal I. V.

There was another time, around 1942 and 1943 in which we used pentothal intravenous anesthesia to carry out long procedures even of the upper abdomen. This, we gradually discarded as the reports in the literature showed that it was not the ideal anesthetic for these procedures and also because to maintain a fair abdominal relaxation it had to be given in very large doses (but never as good as that of spinal). We still use pentothal as a supplementary anesthesia. I will refer back to it later.

3. Gases — Closed System, Carbon Dioxide Absorption Method

Nitrons oxide and cyclopropane we have used either alone or in combination with ether, but the relaxation we have obtained from them have not encouraged us to use it routinely. In upper abdomen we use cyclopropane as a supplementary anesthesia only. It has been used by some with intratracheal intubation but the relaxation obtained from inhalation anesthesia in general is inadequate.

One other gas, ethylene, we cannot talk about because we have never used, but since we know that the results would be more or less the same as the other two previously mentioned we have never been interested in getting experience with it.

4. Abdominal Field Block Anesthesia

When used alone it probably is never the anesthetic of choice. Some surgeons combine it with splanchnic infiltration and report good results with it. Dr. H. S. McCorkle from the University of California, has repeatedly used it in connection with total gastrectomy.

We have never used it and so cannot say anything about its good or bad points but feel that it is a lengthy procedure demanding a lot of skill and practice with it, to obtain the good results he reports. Not only he must inject all areas with the anesthetic before the operative procedure is started but he also has to re-inject the same areas two or three times during the operation since the novocaine 1% solution which he uses seldom lasts over one hour. I have been told by several surgeons in Puerto Rico that they use with success abdominal field block alone in stomach cases. We use it only for those shorter procedures as gastrostomy or cholecystostomy in the "poor risk" patient.

5. Spinal Anesthesia

Spinal anesthesia has afforded to us

the best result; not only does it gives better abdominal relaxation but also keeps the intestines contracted. We started using it diluted in spinal fluid, pontocaine alone, 15 to 20 miligrams for the average adult or in combination with novocaine, a hundred miligrams was used. While the anesthesia lasted it was all right but the problem for us was, that in most stomach or biliary cases we would never be through before the effects of the anesthesia would start to disappear and then we would be compelled to supplement this with gas, pentothal or ether vapor. One other disadvantage of this type of spinal anesthesia was the fact that diluting it in spinal fluid, many times we were not able to bring it up high enough even at the start of the operation.

But thanks to the wide experience we developed with this type of spinal in short operations were we able later on, to adopt with confidence the new methods which we use at present, which are:

1. Pontocaine — heavy glucose — single dose

2. Nupercaine

   (a) in dilutions 1-1500 by the H. Jones technique
   (b) by the method of Keyes and McLellan

3. Continuous or fractional spinal
   (a) Procaine Hydrochloride 2% or 3%
   (b) Pontocaine — 10% glucose

If necessary any of these methods is supplemented by inhalation or intravenous anesthesia.

1. Pontocaine — 10% glucose

We gave up the method of dissolving pontocaine in spinal fluid for a solution of 10% glucose. With it we were able to control easier the level to which we wanted to bring up the anesthesia; but it also had the disadvantage that it did not last long enough. I shall refer to this pontocaine heavy glucose solution later, under the heading of continuous spinal. We still use this method of single dose in most operations even of the upper abdomen that will not last longer than one hour and in practically all operations of the lower abdomen in which spinal anesthesia is not contraindicated.

2. Nupercaine

(a) 1 — 1500 dilution Jones Technique (See figure 1.)

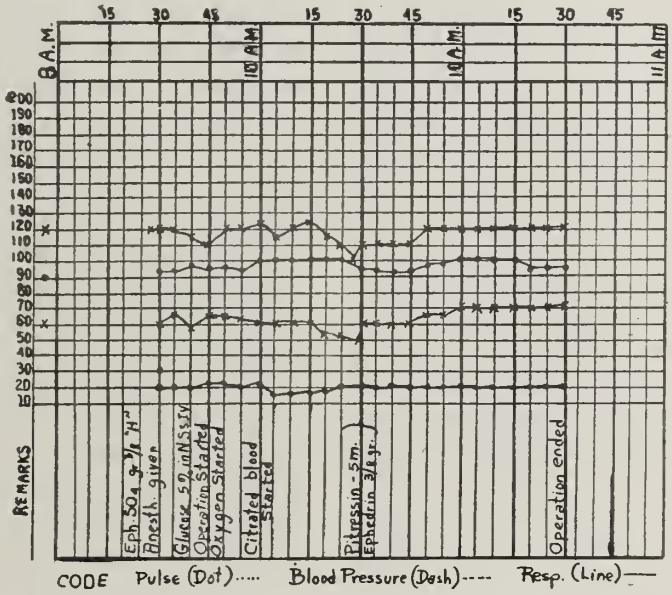
We have used nupercaine many times with good results. It lasts longer than pontocaine, from two to three hours for the upper abdomen and even longer for lower abdominal work. The solution employed is nupercaine 1-1500 dilution in .5% saline. The solution is supplied by the manufacturer in 20 cc ampules and is acid in reaction. In operations in the upper abdomen the dose of nupercaine solution varies from 16 to 20 cc. The technique as described by Woodbridge's modification of W. H. Jones technique is briefly as follows:

The height and sex of the patient determines the proper dose: 16 cc. for a five foot woman and 17 cc. for a five foot man; for every three inches over five feet, 1 cc. of nupercaine solution is added. Twenty cc. is the maximum dose given to any patient. According to him the risk of the patient should not alter the estimation of dosage but in more than one cc. of solution. For anesthesia lower than the area mentioned, divide one hundred by the number of the upper most thoracic

Government of Puerto Rico
Charity District Hospitals
REPORT OF ANESTHESIA

Unit No. 8178

Name... María López. Age... 44. Weight... 145 Ward... S. Bed... Date... 2|16|45
Surgeon...Dr. Busquets. Assistant...Drs. Almodóvar and Salazar. Habits: Tobacco—Alcohol—
Heart...Neg. Lungs... neg. Urine: S. G....1028. Reaction...Acid Alb....Neg. Sugar...Neg.
Acetone...Neg. Preoperative Medication...Morphine SO_4 gr. ¼ Atropine SO_4 gr. 1|150 Nembutal gr. III 16 cc. Spinal-L2-Anesthesia to T5 in 12 min.



Anesthetic...Nupercaine—1:1500 dilution. Began 8:27. Operation... Cholecystectomy Began... 8:45. Ended... 10:30. Time... 1 hr. 45 min. Medication in O. R.... Condition at close... Good. Orders... See "Orders" for treatment. Shock...

Signed...*Dr. Busquets/M. Cabrera, R. N.*
Anesthetist

FIG. 1. *Illustrative anesthesia record of a case in which nupercaine* 1-500 *dilution was used by the Woodbridge's modification of the Howard Jones technique for a cholecystectomy at Fajardo District Hospital.*

nerve segment which is to be anesthetized. The result is the quantity of cc. of nupercaine solution to be used. So, fifth thoracic nerve segment equals 20 cc., sixth equals 17 cc., seventh equals 14, eighth equals 12, nineth equals 11, tenth equals 10.

According to him, it is the volume of the solution that is the important factor in obtaining the optimum anesthesia, both in desired level and in duration of anesthesia. They recommend also that both the ampule of nupercaine be warmed to at least body temperature as they feel that this probably speeds up induction so that the desired height of anesthesia be obtained in three to twelve minutes. This has been our experience. In those cases in which we have not warmed the solution it has taken fifteen minutes or more for the anesthetic to make its effect. The syringe and needle should be rinsed with the acidified nupercaine solution so as to remove any trace of alkali present as otherwise the drug might precipitate as an alkaline medium is formed. The lumbar puncture is made in the second lumbar interspace for the upper abdominal cases with the patient lying on the side in a horizontal position. About five cc. of spinal fluid are discarded before the estimated nupercaine solution is injected. According to Dr. Lincoln F. Sise this probably will lessen the sudden severe headache that might occur during the injection of a large volume of solution into the subarachnoid space.

Immediately following this injection the patient is turned to a **prone position without pillows under the head.** In order to bring the level of the anesthesia to the third or fourth thoracic segment the kidney or thyroid bar of the operating table is lifted under the upper position of the patient's sternum until the spine slants upward at approximately 15º to the horizontal. One very important point is to see that the patient keeps his head lower than the elevated thoracic area. The testing of the level of the anesthesia is begun two minutes following the injection of the anesthetic solution by pinching with an Allis clamp. It takes between three and twelve minutes to obtain the desired level of anesthesia. When this is reached the table is placed **first** in a 10 degree Trendelenburg position and **then** the bar is lowered. This will prevent the anesthesia from extending cephalad any further. **The patient should never be turned on his back till the bed has been placed in the ten degree Trendelenburg position.**

In the case in which the anesthesia has extended more than is desired the patient should be immediately placed in a ten degree Trendelenburg position and the kidney bar lowered leaving the patient in the prone position for approximately seven or eight minutes. It is because of this occasional case in which the anesthesia spreads rapidly upward that one should be testing frequently and early the level of the anesthesia.

(b) Another method which we have used with nupercaine solution is that devised by Keyes and Mc Lellan. Since for upper abdomen we prefer other methods, the few times we have used it has been in lower abdominal operations. Yet, it has been our experience that the level of anesthesia with the full dose (10 mgms.) has gone up to the fourth or fifth thoracic and lasts over two hours. We will mention the technique briefly for the sake of completeness. The method is as follows:

The patient is placed in the sitting

position for the spinal puncture. If the lateral position is employed, the vertebral column should be straight in a horizontal plane; without elevation of the head with a pillow (which is used in the pontocaine-glucose technique). The nupercaine solution to be used comes in 2 cc. ampules, 1:200 in an isotonic buffered solution. Once the needle has been introduced into the subarachnoid space, enough spinal fluid is withdrawn and mixed with the nupercaine solution to make a 1:1000 dilution; thus for 1 cc. nupercaine 4 cc. spinal fluid; for 2 cc. nupercaine 8 cc. spinal fluid.

For small individuals or for low anesthesia 7.5 mg. (1.5 cc. solution, 1:200) will often suffice for operations of lower extremities or rectum. The maximum dose should never be more than 10 mgms. (2 cc.)

The syringe to be used should be rinsed in slightly acidulated distilled water or 95% alcohol (2 to 3 drops of dilute hydrochloric acid to the liter). This procedure is important to neutralize any alkalinity.

Before injecting the diluted solution into the subarachnoid space, it is good idea to let 2 cc. of spinal fluid escape. The 2 cc. of the original nupercaine solution will make up for it and thus the same volume of fluid withdrawn will be injected again. Once, the solution is injected, the patient is placed in about twenty degree Trendelenburg position for operation of the abdominal viscera. The tilt of the table is varied according to the desired level of anesthesia. The level should be ascertained after one or two minutes to modify the tilt if necessary. The operation should not begin before fifteen minutes have elapsed. It should be noticed that this method varies considerably from the Howard Jones technique. In the latter's method the dilution is much weaker and the patient is turned for a while to a prone position till the anesthetic goes up the desired level.

3. **Continuous Spinal** — as reported first by Dr. W. T. Lemmon and later modified by many others. Requires special mattress and needles.

(a) Procaine 2 or 3% solution — (See figure 2.)

We used it in our first cases of continuous spinal and still use it occasionally, but have gradually given it up for the pontocaine-glucose method which we prefer at present.

Either a 2.5% or a 3% solution in normal saline is used. Example:

1) For the 2.5% solution
   200 mgms. dissolved in 8 cc. of saline
   400 mgms. dissolved in 16 cc. of saline
2) For the 3% solution
   150 mgms. dissolved in 5 cc. of saline
   300 mgms. dissolved in 10 cc. of saline
   450 mgms. dissolved in 15 cc. of saline

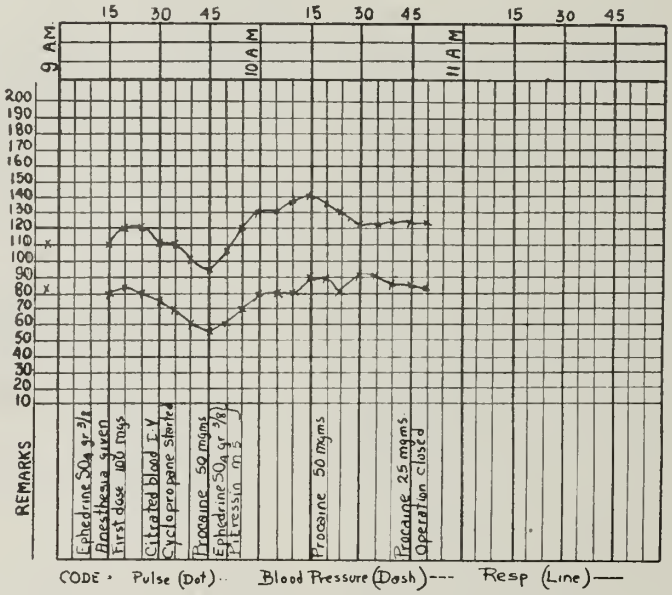
An initial injection containing 100 to 125 mgms. of the procaine is used (about 3/4 or 4/5 the total dose one would use in a single dose for the patient). The rate of injection is 0.5 cc. each second for the first dose; subsequent doses at the rate of 1 cc. per second.

Immediately after the injection, the patient is turned on his back and placed in 10 degree Trendelenburg position and the level of anesthesia tested. Once the desired level is obtained the table is brought to the horizontal position. One should attempt to determine the probable

Government of Puerto Rico
Charity District Hospitals
REPORT OF ANESTHESIA

Unit No. 22322

Name...Justo Sánchez. Age...40. Weight... Ward... Bed... Date...2|24|45. Surgeon... Dr. Busquets. Assist...Dr. Almodóvar. Habits:....Heart...Neg. Lungs... Neg. Urine: S. G. 1022. Reaction...Acid. Alb...Neg. Sugar...Neg. Acetone...Neg. Preoperative Medication... Morphine SO_4 gr. ¼ Atropine SO_4 gr. 1|150. Nembutal gr. III. A total of 225 mgms. of Procaine.



Hcl. given. Also Cyclopropane. Anesthetic...Procaine 2.5% Fractional Spinal. Began... 9:14 A. M. Ended 10:30. Time...In 16 m. Operation...Marsupialization of Pancreatic Cyst. Began...9:26. Ended...10:45. Time...1 hr. 19 min. Condition at close... fair. Orders...See "Orders" for Treatment. Shock No.

Signed...*Dr. Busquets/M. Cabrera, R. N.*
Anesthetist

FIG. 2: *Illustrative anesthesia record of a case in which Procaine 2.5% solution was administered by the fractional spinal method for Marsupialization of a Pancreatic cyst at Fajardo District Hospital. Cyclopropane was used as supplementary anesthesia.*

duration of the initial dose of anesthesia, so that at the first sign of pain or discomfort the next dose is injected. Usually 50 to 60 mgms. are injected in the subsequent doses at intervals of 15 to 25 minutes. Sometimes when vigorous surgical manipulations are started in the upper abdomen, it may be necessary to inject an extra dose of 50 mgms. five minutes after the previous one.

(b) Pontocaine — 10% glucose-fractional method. (See figure 3.)

This new method we learned observing Dr. Leo V. Hand, Dr. Urban H. Eversole and Dr. M. J. Nicholson in a visit to Lahey Clinic last year. We prefer it over all the other methods and has been the most widely used by us during the past twelve months in the longer and more difficult operations. A solution of 2% pontocaine is employed diluted in saline to which is added 10% glucose to make a solution so that each "c.c." of mixture will contain 4 miligrams of pontocaine. Since this mixture is heavier than spinal fluid it is much easier to bring the level of anesthesia up to the level where we want it.

Early in the morning the solution is prepared in a "spinal tray" where all instruments to be used in the giving of the anesthesia have been placed after being sterilized. Before the operation starts we prepare enough anesthetic solution for an operation lasting three or four hours. For each 2 cc. of 1% pontocaine in saline, 3 cc. of 10% glucose is added. (One volume of pontocaine in saline to 1 1|2 volumes of 10% glucose.) This makes a 0.4% solution of pontocaine in 6% glucose. Example:

1) 2 cc. of 1% pontocaine in saline containing 20 mgms. of pontocaine + 3 cc. of 10% glucose = 5 cc. of total mixture
2) 4 cc. of 1% pontocaine in saline containing 40 mgms. of pontocaine +6 cc. of 10% glucose = 10 cc. of total mixture
3) 6 cc. of 1% pontocaine in saline containing 60 mgms. of pontocaine + 9 cc. of 10% glucose = 15 cc. of total mixture
4) 8 cc. of 1% pontocaine in saline containing 80 mgms. of pontocaine + 12 cc. of 10% glucose = 20 cc. of total mixture

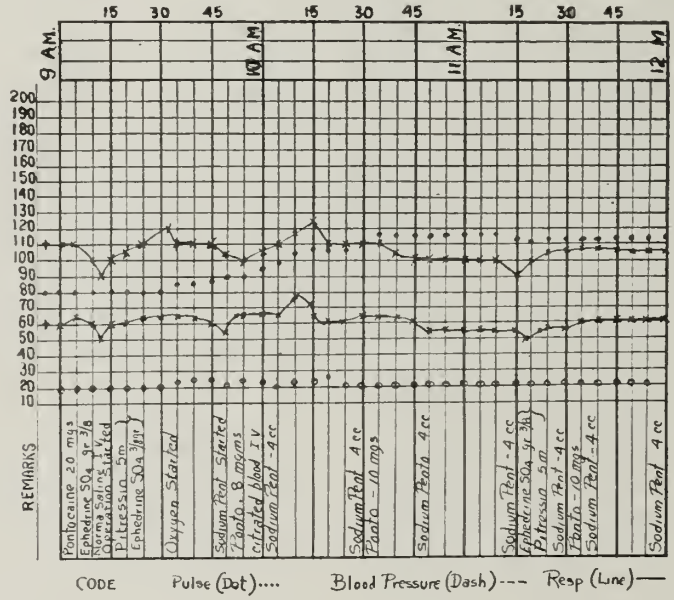
Usually we only make enough solution to contain 60 mgms. of pontocaine, as seldom a larger dose is required. The total number of "cc" of the mixture containing the 60 mgs. of pontocaine is 15 cc. Ten cc. are placed in a 10 cc. Luer lock syringe and the other 5 cc. in another to be used if necessary. The special 30 inch long tubing to be connected to the spinal needle and to the syringe is filled with anesthetic solution beforehand, usually 2 cc. being enough.

The patient is placed in the lateral decubitus position **with a pillow under the head since the anesthetic solution is heavier** than spinal fluid this elevation of the head will prevent its going to the dangerous areas of the neck. This pillow elevates the patient's head. Usually, the second lumbar interspace is used. A Sise introducer is used at Lahey Clinic to puncture the skin and superficial interspinous ligaments. We have not been able to obtain a Sise introducer and in its place we use a two inch long No. 18 hypodermic needle with very good results. It is very important to use it before introducing the flexible silver needle that comes with the continuous spinal set, because if a tract is not previously made the flexible silver

Government of Puerto Rico
Charity District Hospitals
REPORT OF ANESTHESIA

Unit No. 21863.

Name... Antonio Colón. Age...34. Weight...145. Ward... Surg. Bed...4. Date...1|24|45. Surgeon... Dr. Busquets. Assistant...Drs. Almodóvar and Cintrón. Habits: Tobacco—Alcohol— Heart... Neg. Lungs... Neg. Urine: S. G. 1012. Reaction...Alkaline. Alb....Neg. Sugar...Neg. Acetone...Neg. Preoperative Medication...Morphine Sulfate gr. ¼ Atropine Sulfate gr. 1|150 Nembutal gr. III.



In L-2 (a total of 48 mgms. used) Sodium Pentothal—2.5% solution—0.9 Gms. total used. Anesthetic... Fractional Spinal-Pontocaine—10% Glucose. Began... 9 A. M. Ended 12.40. Operation... Subtotal Gastric Resection. Began...9:15. Ended...12:45. Time 3 hr. 30 min. Medication in O. R.... Ephedrine SO_4 gr. 3|8. Condition at close...fair. Orders... See "Orders for Treatment".

Signed... *Dr. Busquets M. Cabrera R. N.*

Fig. 3: *Illustrative anesthesia record of a case in which pontocaine 10% glucose solution was administered by the fractional spinal method for a Subtotal Gastrectomy at Fajardo District Hospital. Pentothal 2.5% solution was used as supplementary anesthesia.*

in time with series of expulsions by the female, an allergic attack is instituted. This leads to fibrosis and scarring in the lymph node and subsequent elephantiasis.

The second etiological agent is of bacterial origin. The bacteria enter the limb whose regional lymph nodes are already embarassed by playing host to the adult filaria, thus the ability of the nodes to act as barriers against infection is greatly diminished. When an infection enters through existing cracks or abrasions of the skin, an erysipiloid reaction develops and sets off the clinical picture.

Working on the theory that the acute cellular lymphangitis attacks are on the basis of an allergic phenomenon, it was undertaken to see, first, whether these episodes would be modified by, or would respond to, adrenalin therapy; secondly, the presence of microfilariae in the peripheral blood stream before and after the use of adrenalin, and thirdly, whether there would be any changes in the white blood cell and differential counts with the use of adrenalin.

Eight cases have been studied thus far. The amount of adrenalin used was 5 min. every six hours, hypodermically. However, it was arbitrarily changed to 0.5 cc immediately, then 5 min. every four to six hours depending upon the blood pressure of the patient and the severity of the attack. No medication for relief of the pain was given.

The response to the adrenalin was the following: within two to three minutes after the injection, the patient felt a pound of the heart, and then a sensation of vague muscular contraction and expansion in the affected leg. Soon these symptoms passed, and the leg was refreshed as the burning sensation was lessened and the limb felt as if it were exposed to a cool breeze. Even the bone pain was decreased. This relief lasted for one to three hours. The temperature may or may not fall abruptly. The secondary complaints of bone pain, nausea, headache, and malaise are lessened and tend to disappear after the third or fourth injection. Within twenty-four hours, the redness of the leg will bleach, leaving the characteristic bronze color though during the first part of this period the redness increases.

In the group studied, the subjective heat of the leg was the symptom which remained the longest. In the cases examined to date, no nocturnal microfilariae have been found before or after the administration of adrenalin. The total white counts have not been elevated above 11,000. There has been 0 to 5% eosinophils in the differential counts without alteration of the granulocytic to nongranulocytic ratio.

Patients who enter the hospital within twenty-four hours of the initial onset of the lymphangitis state that the duration of the attacks under treatment with adrenalin seems to be reduced one to two days, in comparison to previous untreated attacks. Patients who enter from four to fifteen days after the original onset have their acute symptoms alleviated within twenty-four hours after the first injection of adrenalin. In one case, a relapse occurred twenty-four hours after injection of adrenalin was stopped. However, this phenomenon is not uncommon in untreated cases.

This is a preliminary report on the first eight cases studied. The writer hopes to present more detailed data on these and subsequent cases that may be treated in the University Hospital of the School of Tropical Medicine.

REFERENCE

Napier, E., Filariasis due to **Wuchereria bancrofti.** Medicine, 23: 149 — 180, May 1944.

DEMEROL — SCOPOLAMINE ANALGESIA IN OBSTETRICS*

REPORT OF 50 CASES

JORGE GARCIA BIRD, M. D.
Santurce, P. R.

In the last few years we have seen a marked advance in the search to obtain a conveniently administered agent which will afford complete amnesia for the mother and which will not produce any untoward effects in either baby or mother. Recent studies on Demerol in combination with Scopolamine or some other drug has given us great hopes that such drug at last has been found. Demerol is a synthetic drug which exhibits properties analogous to both atropine and morphine. However, its spasmolitic effect is weaker than atropine, and its analgesic effect is midway between codeine and morphine, its effects persisting for 3-4 hours. It has very important differences from morphine, that is, it relaxes smooth muscle rather than contract it and it is not as habit forming as morphine. Habituation and physical dependence on the drug are not likely to occur if it is administered for the relief of pain in amounts not in excess of 150 mg. every 3 hours. Also in contrast with morphine, respiratory depression occurs very rarely with Demerol. The drug has no deleterious effects and its side effects are mild and rare, and usually, when administered intravenously as we shall see later in this paper.

In this series we used 50 unselected cases, 30 primiparas and 20 multiparas. We first tried Demerol in tablet form and Table I shows how much a failure it was so that we stopped using it until we were able to obtain Demerol in ampoule form. In tablet form its effect was very unpredictable and in our short series of 10 cases only one case experienced a fair analgesia and amnesia up to the expulsive pains when drop ether was necessary.

TABLE I

DEMEROL TABLETS	CASES	PERCENTAGE
Analgesia and Amnesia	1	10%
Analgesia but no amnesia	1	10%
Slight Analgesia	2	20%
Complete Failure	6	60%

In this series, one death occurred due to prolongued labor pains. Patient had five doses of Demerol and Scopolamine. Ether was used for final stage. Low forceps were applied. Child born with livid asphyxia and tetanic convulsions of extremities. Heart sounds irregular. Died few minutes later despite artificial respiration, stimulation, etc.

When we were able to obtain Demerol Hcl. in ampoules, a routine of administration was adopted. As soon as patient was in labor, not taking in consideration the degree of dilatation and effacement, De-

*Presented before the Mayagüez District Medical Society, August 26, 1945.

merol 100 mg., and Scopolamine 1/150 grain were administered intramuscularly, followed one hour later by another dose of Demerol 100 mg. and Scopolamine 1/200 grain. Thereon we administered Demerol 100 mg. and Scopolamine 1/200 grain, every four hours until patient was ready to go to the delivery room. In our series we gave the patient an average of three doses, the extremes being one dose in several cases and five doses in one case.

Using this routine, Table II shows a complete amnesia and analgesia in 90% of the cases; good analgesia but no amnesia in 2.5%, slight analgesia in 5%, and failure in one case, 2.5%.

TABLE II

DEMEROL USED IN AMPOULES	CASES	PERCENTAGE
Analgesia and Amnesia	36	90%
Analgesia but no amnesia	1	2.5%
Slight Analgesia	2	5%
Failure of Amnesia and Analgesia	1	2.5%

In one case Demerol— Scopolamine combination was effective as far as analgesia was concerned but no amnesia. Patient was fully conscious. It was a prolongued labor due to deep transverse arrest. Ether had to be used and Elliot's forceps applied. Child born in good condition.

One case patient was started with Demerol but we ran out of medicine and she had no Demerol for hours before delivery.

One case had only one dose of Demerol. She delivered soon after. In this case Demerol had no time to act. At the Harvard Medical School, cases who are admitted near the end of the second stage are given 100 mg. intravenously. "It was with the intravenous administration of Demerol that the untoward effects were seen. If the Demerol-Scopolamine mixture is given rapidly, the patient invariably vomits immediately, and the pulse becomes rapid, irregular, and thready for thirty to forty seconds, with a gradual return to normal. No untoward results were observed if the drug was given slowly, taking at least two minutes to make the intravenous injection of 100 mg."

In our series there were two cases of fetal death which can be ascribed to the effect of Demerol. They were both cases of prolongued perineal arrest.

I sincerely believe that both cases would have lived if we had used prophylactic low forceps instead of waiting for spontaneous delivery of the child. Demerol, of course, by producing analgesia and amnesia abolishes the abdominal expulsive contractions of the mother and the uterine contractions by themselves are not strong enough to deliver the fetus. Therefore, a prolongued perineal arrest will occur with subsequent death of the fetus. It is because of this fact that we advice that when Demerol is used, prophylactic low forceps should be used as soon as cervix is fully dilated and effaced and not to wait until child is born spontaneously. Since we adopted this measure we have had no cause to regret it. The child is born in rather good condition, needs no resuscitation and the only side effect on

the child we have occasionally noticed is livid cyanosis of the extremities which disappears rapidly when warmth is applied. The uncorrected fetal mortality in our series of fifty cases is 16 percent. The corrected fetal mortality is 4 percent. It's true that our uncorrected fetal mortality is high but if we have in mind that at the District Hospitals the majority of cases admitted are usually complicated cases which can not be taken care off at the small municipal hospitals, and that many of them are neglected cases, we can readily see it's difficult to get a lower percentage of fetal death. To show this point and why the difference between the uncorrected and the corrected fetal mortality, I have endeavored to take case by case of fetal mortality individually.

Case 1— Stillbirth — Placenta praevia F. H. S. not heard when patient was admitted.

Case 2— Stillbirth — 7 months premature— Hydramnios.

Case 3— Stillbirth — 7 months premature— Macerated. Syphilitic placenta. Only one dose of Demerol given.

Case 4— Stillbirth— Breech delivery, Piper forceps to deliver after coming head, 2 loops of umbilical cord around neck, prolongued labor. No Demerol was given since 2:30 A. M. until time of delivery — 10.23 A. M.

Case 5— Macerated fetus — Patient did not feel fetal movements last 10 days. Spaulding sign easily visible in X Rays. F. H. R. not heard.

Case 6— Stillbirth — L. O. T. position. Manual rotation attempted unsuccessfully. Rotation to L. O. A. achieved with Kieland forceps.

Case 7— Stillbirth — Prolongued perineal arrest. Low forceps should have been used earlier. Demerol used in Tablet form.

Case 8— Child died soon after birth. Born with livid cyanosis and tetanic convulsions of extremities. Demerol used in Tablet form. Prolongued perineal arrest. Prophylactic forceps should have been used earlier.

For the last part of the second stage we have used various metheds of anesthesia all of which are commonly used, that is, drop ether, perineal block, spinal anesthesia, (50 mg. of novocaine), etc. We leave to the individual obstetrician his choice. We have had no trouble with either of them.

Whether Demerol shortens time of labor or not is opened to discussion but the majority of Obstetricians who have used it agrees that it definitely aids in the dilatation and effacement of the cervix. However, in my experience, as I have said before, the last part of the second stage will be prolongued considerably unless low prophylactic forcep is used. It is only in this way that Demerol-Scopolamine definitely shortens time of labor. In the Boston Lying-in Hospital the average total labor time was 12.4 hours in primipara and 7.6 hours in multipara. In our series of 50 cases we have an average of 14.3 hours in primipara and 9.1 hours in multipara.

CONCLUSIONS

1— Demerol - Scopolamine in tablet form was used in 10 laber cases being a complete failure because its effect was very umpredictable. When used in ampoule form its analgesic and amnesic effects were very gratifying, 90% of cases having good analgesia and amnesia and only 2.5% failure.

2— Routinely we give Demerol HCl

100 mg. and Scopolamine 1 150 gr. as soon as patient is in active labor, regardless of the degree of dilatation and effacement. One hour later Demerol 100 mg. and Scopolamine 1 200 gr., 1. m. is given and thereon repeated every four hours. Average number of doses range from 3-6.

3— It has no deleterious effects on either mother or child. Child is born in good condition, cries soon after birth and the only thing we have occasionally noticed is livid cyanosis which responds well when warmth is applied.

4—Labor time is definitely shorten because it aids in the dilatation and effacement of cervix. However, prophylactic low forceps should always be used in these cases to avoid prolongued perineal arrest.

Spacing the dosage of Demerol HCL so that the second dose is given 2 hours after the last one, instead of one hour, a condition similar to "twilight sleep" is found. When expulsive pains occurs in this way, the mother is abble to keep the uterine contractions with her own voluntary abdominal contractions, therefore making low prophylactic forceps unnecessary. I advice the use of Demerol HCL in this way when deliveries are made at home, where the use of forceps is a difficult task.

5— In our series only two cases of fetal death could be blamed on Demerol and both were cases of prolongued perineal arrest when spontaneous delivery was allowed to occur. Prophylactic low forceps application should have been done.

6— Demerol-Scopolamine definitely has a place in Obstetrical analgesia. Its good analgesic effects plus its lack of untoward effects both on the mother and child, places it at the top of the list of drugs used nowadays to relief mothers from unnecessary suffering during labor.

Note:

This scientific work was made possible due to the cooperation of "Winthrop Chemical Company", who supplied Demerol for the use of this Deparment of Obstetrics and Gynecology of the Aguadilla District Hospital.

MOVIMIENTO CIENTIFICO MUNDIAL

OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA

(J. García Bird)

The Effect on Infant Mortality of Vitamin K Administered during Labor, Potter, Edith L., American Jour. of Obst & Gyn., Vol. 50, Sept. 1945, No. 3, pp. 235-247

Evidence has been produced by many investigators which leaves no doubt (1) that in the majority of infants the prothrombin time is prolonged during the greater part of the first week of life beyond that which is normal for the adult, (2) that the administration of vitamin K to the mother prior to delivery or to the infant after birth will usually prevent the customary prolongation, (3) that after prolongation has once occurred, administration of vitamin K will usually cause a return to normal.

There is no proof, however, that prolongation of prothrombin time is a direct cause of hemorrhage. Many infants with excessively prolonged prothrombin time show no evidence of hemorrhage, while others with relatively little prolongation bleed severely. Since almost all infants show some prolongation of prothrombin time during the first week, all who bleed from any cause would be expected to show some abnormality.

The optimistic prophecies which were made early in the study of vitamin K in regard to prevention of hemorrhage and reduction in mortality rates following routine administration of vitamin K do not seem to have materialized. The present study, as well as the investigations of Sanford et al. and Parks and Sweet, indicate that in a carefully studied group of infants anything which can be considered hemorrhagic disease is extremely rare, and that the incidence of the hemorrhages which do occur in this age group is not modified by administration of vitamin K to the mother prior to delivery, or to the infant after birth.

In the present study, which was carried on for almost four years, 6,560 infants weighing over 1,000 grams were born during two years in which vitamin K was given, and 6,630 were born during the next twenty-two months.

The total fetal and infant mortality rate of 2.8 for the first two years is higher than that of 25.8 for the last two years in spite of the fact that no change of significance occurred in the incidence of primiparity, premature delivery, mode of delivery, or other known factors. The mortality rates for liveborn infants are identical in the two series, as are also the number of infants who showed evidence of hemorrhage on postmortem examination.

The conclusion seems justified that no decrease in infant or fetal mortality can be expected to result from the routine administration of vitamin K to all women during labor.

A Simple Technique to Test Tubal Patency, Decker, Albert, American Jour. of Obst. and Gyn, Vol. 50, August 1945, No. 2, pp. 227-229

The production of pneumoperitoneum by the transuterine route is evidence of tubal patency. The method introduced by I. C. Rubin for testing tubal patency provides for the introduction of air or CO_2 under pressure into the abdominal cavity through the uterotubal channels. The simplest apparatus for tubal insufflation utilizes a bulb syringe, atmosphe-

ric air, and an intrauterine cannula. All methods so far used rely upon positive pressure exerted by air or CO_2, the latter being more satisfactory because of its rapid absorption time.

Recent personal observation reveals that pneumoperitoneum can be produced by utilizing the negative intra-abdominal pressure created by assuming the knee-chest posture. This method is safer.

TECHNIQUE

The patient is placed in the knee-chest posture. The perineum is elevated with a Sims speculum. The cervix is exposed, painted with merthiolate, grasped with a tenaculum, and an intrauterine cannula or metal catheter is introduced into the uterus. Because of the negative intra-abominal pressure, an immediate pneumoperitoneum results if the tubes are patent. The characteristic shoulder pain and symptoms of pneumoperitoneum occur on resumption of the sitting or standing position.

Pneumoperitoneum may be produced after slight dilatation of the cervix with a cervical dilator and without introducing a cannula, with the patient in the knee-chest position.

This method has several advantages; very few instruments are needed, the air enters the abdomen only if the tubes are patent, no spastic, and as a result of negative pressure created beyond the distal end of the oviduct. The pressure within the uterine cavity and tube is never elevated. The danger of air embolism is reduced. Other accidents are avoided that result from high intrauterine and intratubal pressure. An X-ray may be taken immediately showing the pneumoperitoneum.

OTOLARINGOLOGIA

(E. R. Pérez)

Treatment of Hysterical deaf-mutism with ether anesthesia, Skvortsov, K. A., Sovetskaya Meditsina, 1943, No. 11-12, pp. 11-12

In this war, as in the previous one, hysterical deaf-mutism is quite common and must be treated quickly and effectively. Hutchinson an American Army surgeon, first used ether during the Civil War. The patient must be thoroughly prepared for treatment and considerable suggestion is necessary. The anesthesia should be administered slowly so that the patient does not "go under" too quickly. It is advisable to use suggestion and talk to the patient while he is "going under". Usually the patient struggles a good deal during the first phase and begins to talk. On awakening, the patient is able to talk and remembers talking under anesthesia. The author does not state the number of cases treated. He quotes three cases. In the first two cases, the condition was entirely on a functional basis. The patients were cured and were very grateful for relief of symptoms. The third case was that of a schizophrenic stupor and in whom anesthesia was of no avail.

Acetylsalicylic acid, a probable cause, for Secondary Post-tonsillectomy hemorrhage — A preliminary Report, Singer, Rudolf, Medical Corps, Army of the U. S.

The post-tonsillectomy healing process is characterized by a reactive inflammation with healing by second intention. As a clinical complication, bleeding, sometimes of a dangerous nature, may occur. This postoperative hemorrhage is classified as either primary or secondary. The former, rarely encountered, arises

within the first twenty-four hours after operation and originates from a small spurting artery or a small oozing vein; the latter occurs three to ten days postoperatively and is of the parenchymatous type.

In the normal postoperative course, the fossae stay dry and, after eight to sixteen hours, become covered with a fibrinous membrane which, after one day, spreads over the entire wound, the margins of which have an inflammatory appearance. Occasionally the uvula becomes edematous. Pain increases during the first day and tends to abate on the second, but may become worse on the morning of the third day with some radiation into the ears before completely subsiding. On or about— the sixth postoperative day, the sloughing of the membranes commences, and the size of the wounds diminishes quite rapidly as the fossae appear lined with granulation tissue, often exhibiting a secondary and thinner membrane.

The incidence of Secondary Hemorrhage is practically negligible in the operating clinics and hospitals of Central Europe; textbooks published in Central Europe do not mention it. Inasmuch as the methods of operation and the technics employed in this country and in Europe are the same, it appears obvious that the difference in the postoperative course is due to some other factor. This other factor is the administration in this country of acetylsalicylic acid to relieve postoperative pain. Here, routinely 10 grains (0.65 Gm.) of acetylsalicylic acid is given three or four times daily to the patient after tonsillectomy until such time as the patient is comfortable. In Central Europe acetylsalicylic acid is never used as a postoperative analgesic; aminopyrine is used instead.

Considering acetylsalicylic acid as being the etiologic factor of the hemorrhagic inflammation and secondary hemorrhage observed in so many patients, I completely eliminated the use of acetylsalicylic acid and salicylates postoperatively. In 75 patients observed during 1943 with an acetylsalicylic acid-free post-tonsillectomy routine, there was no secondary hemorrhage and, still more significant, not a single hemorrhagic inflammation of the soft palate. The postoperative course of the entire group followed the pattern described in a foregoing paragraph as the normal healing process.

SUMMARY

Secondary hemorrhage, preceded by hemorrhagic inflammation of the soft palate, is observed as a complication of the post-tonsillectomy course in a comparatively great percentage of cases. A postoperative regimen free from acetylsalicylic acid in a series of 75 cases resulted in the conspicuous absence of hemorrhagic inflammation and also of secondary hemorrhage in all instances. The prothrombin-lowering effect of salicylates described by a number of authors seems to be a plausible explanation for the occurrence of secondary post-tonsillectomy hemorrhage.

TUBERCULOSIS

(Dr. R. T. Colón

Neumotórax Espontáneo en un lactante de once meses, S. Almansa de Gara, Revista Española de Tuberculosis, Tomo V Fac. IX

Un caso de neumotórax espontáneo no tendría ni justificación de publicidad, pero un caso de neumotórax espontáneo en un lactante lo consideramos un hecho singular:

EL CASO: J. M. de once meses. Nacido a término. Lactancia materna

los primeros meses, el resto artificial.
Dentición retrasada.
Padre vive enfermo del pecho.
Madre sana.
Fueron cinco hermanos. Tres murieron de afecciones pulmonares. El primero de un año de edad de bronconeumonía. El segundo de tosferina epidémica con dos años. El tercero al mes de edad de una congestión pulmonar?
A los 7 meses el niño presenta cuadro catarral con episodios febriles, tos y expectoración. Diarreas. Vómitos. Fiebres de 39ºC. Disnea, adelgazamiento progresivo.
Abdomen tenso, timpanítico, punta cardíaca desplazada.
La exploración torácica muestra abombamiento visible de todo el hemitórax derecho. Disminución vibraciones.
Abolición del murmullo. Lado izquierdo: respiración pueril, sibilancias difusas, vibraciones conservadas.
Cutireacción: negativa.
Radiografía: ausencia del parénquima en el hemitórax derecho sobre cuya claridad se observan sombras de condensaciones pleurales, pleuritis basasl, requis denudado.
Hemitórax izquierdo: se ve el corazón desplazado, aumento de la trama del pulmón correspondiente y muñón del pulmón izquierdo colapsado traspuesto con algunas claridades a través de su imagen. Tráquea desviada.
Diagnóstico: Nemotórax espontáneo.

Aparece bien claramente el origen de infección del caso, la intimidad del contacto en su medio ambiente familiar; las super infecciones recibidas en sus relaciones domésticas hace suponer la evolución maligna de su complejo primario, originando una tisis caseosa, causante de su perforación pleuropulmonar.

La negatividad de la reacción tuberculínica nada excluye esa manera de pensar, ya que es conocida la posibilidad de complejos primarios masivos que sideran de tal forma las defensas que hacen morir al enfermo sin que se haya logrado siquiera la más mínima expresión alérgica.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Avenida Manuel Fernández Juncos,
Parada 19, Santurce, P. R.

AÑO XXXVII - OCTUBRE, 1945 - NÚM. 10

EDITOR ADMINISTRADOR:

DR. E. MARTINEZ RIVERA

EDITORES ASOCIADOS:

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. A. M. MARCHAND
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

NOTICIAS MEDICO-SOCIALES

Reuniones del mes

Durante el mes en curso se han celebrado en nuestro domicilio las siguientes reuniones de organismos de la Asociación e instituciones afines.

Octubre 2-4 — Exámenes de reválida para enfermeras.

Octubre 2 — Reunión del Comité Auxiliar de Damas.

Octubre 8 — Asamblea Anual de la Asociación Médica del Distrito de San Juan.

Octubre 15 — Reunión del Comité a cargo de la recolección de fondos para la adquisición de un sistema de aire acondicionado.

Octubre 16 — Reunión mensual de la Directiva.

Octubre 29 — Directiva del Consejo de Hospitales de Puerto Rico.

ASOCIACIONES DE DISTRITO

San Juan

El domingo 7 del mes en curso, y con asistencia de aproximadamente 80 compañeros llevóse a efecto en el domicilio de la Asociación Médica, la Asamblea Anual de la Asociación Médica del Distrito de San Juan, que presīde el Dr. Federico Hernández Morales.

En la parte científica del programa participaron los Dres. Pujadas Díaz, Oliveras Guerra, Manuel Guzmán Rodríguez, Ramón M. Suárez y Luis Manuel Morales, presentando contribuciones que resultaron de gran interés para los concurrentes.

Una vez terminado el programa científico, los concurrentes se trasladaron al Club de la Asociación donde se les obsequió con aperitivos para luego pasar al Escambrón Beach Club, donde se sirvió el almuerzo con que los compañeros del Distrito Norte obsequiaban a los colegas de los demás distritos de la isla.

Próximas asambleas

A la reunión del distrito de San Juan siguen en turno la asamblea del Distrito de Ponce, que está anunciada para el domingo 4 de noviembre y la asamblea del Distrito de Arecibo que tendrá lugar el domingo 25 de noviembre en Vega Baja.

Dado el gran entusiasmo que reina entre los colegas de toda la isla se espera que a estas asambleas concurra una nutrida representación de todos los distritos.

Cordial Agasajo

En la noche del miércoles 24 del mes en curso los médicos graduados de la Escuela de Medicina de la Universidad de Boston, ofrecieron una Comida en el restaurant "La Mallorquina" en honor del Dr. Carlos E. Muñoz MacCormick, por sus éxitos en la presidencia de la Asociación Médica de Puerto Rico durante los dos años que ha desempeñado dicho cargo.

Los concurrentes a este cordial agasajo rendido a nuestro presidente, exaltaron los méritos que adornan al compañero homenajeado, y rememoraron los felices días pasados en la vieja y querida Escuela de Boston, y en la cual empezó a destacarse como lider el amigo Muñoz MacCormick.

Una el Dr. Muñoz MacCormick nuestra sincera felicitación a las muchas que recibiera de sus compañeros de Escuela en dicho acto.

PERSONALES

Dr. Carlos A. Quilichini

Pasa por la pena de haber perdido a su querida madre, el estimado amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas.

Deseamos reiterar por medio de esta nota el testimonio de nuestra sentida condolencia al querido compañero por tan irreparable pérdida.

Dr. Honorato Estella:

Recientemente regresó a nuestra isla, después de una ausencia de un año, durante el cual cursó estudios avanzados en dermatología, el estimado colega Dr. Honorato Estella.

El amigo Estella se propone abrir su consultorio en esta ciudad, para dedicarse a la práctica de su especialidad. Saludamos al amigo y le deseamos mucho éxito en su gestión profesional.

Dr. Luis Manuel Morales

El día 19 del mes en curso falleció en la vecina población de Río Piedras, el padre del querido amigo cuyo nombre encabeza estas notas.

Reciba el amigo Morales, así como todos los demás familiares del caballero fenecido, la expresión de nuestra sentida condolencia.

Dr. H. F. Carrasquillo

Con el objeto de asistir a la reunión anual de la Academia de Medicina de Nueva York embarcó recientemente hacia los Estados Unidos el estimado compañero Dr. H. F. Carrasquillo.

El amigo Carrasquillo aprovechará también su estada en el Continente para tomar el curso avanzado que sobre motilidad ocular dictará en el transcurso de este mes el Dr. White.

Muy gratas impresiones deseamos al amigo Carrasquillo durante su ausencia.

Dr. J. H. Font

Recientemente embarcó hacia Cuba y Méjico, en viaje de placer, y acompañado de su distinguida esposa, el amigo cuyo nombre sirve de epígrafe a estas líneas.

Que disfruten a plenitud de sus vacaciones es nuestro vehemente deseo.

Comité Especial

Con el fin de allegar fondos para la adquisición de dos unidades de aire acondicionado para el auditorio y otras dependencias de la Asociación, recientemente fué nombrado por el Sr. Presidente un comité especial integrado por los doctores J. Noya Benítez, Luis J. Fernández y Basilio Dávila.

Mucho éxito deseamos en sus gestiones a los compañeros que integran dicho comité especial.

Asamblea Anual

Los planes de organización para la

próxima asamblea anual de la Asociación, que tendrá lugar durante los días 12, 13, 14 y 15 de diciembre próximo, siguen siendo esbozados por nuestro diligente presidente en colaboración con el Comité Científico de la Asociación, que preside el Dr. Ramón M. Suárez.

En nuestra próxima edición haremos un resumen de las más importantes actividades que habrán de tener lugar durante los días de la asamblea.

Conferencias de Divulgación

La serie de conferencias que bajo los auspicios del Comité de Relaciones Pública se viene trasmitiendo todos los sábados de 5:45 a 6:00 de la tarde, a través de la estación WKAQ, se ha seguido llevando a feliz término, gracias a la generosa ayuda que ha prestado un reducido número de nuestros colegas.

Es verdaderamente penoso que sólo un grupo de compañeros se haya interesado por esta fase del programa trazado por los actuales dirigentes de la Asociación, y que tiende a llevar a nuestro pueblo datos de interés general sobre problemas de salud.

Durante el mes de octubre se han radiodifundido las siguientes conferencias:

Octubre 6 — **La Higiene Mental y la Escuela**, Dr. Luis Manuel Morales.

Octubre 13 — **La penicilina en el tratamiento de las infecciones gonocócicas y la sífilis**, Dr. Héctor A. Bladuel

Octubre 20 — **Tosferina**, Dr. R. Fernández Marchante

Octubre 27 — **Los purgantes en relación con el cuerpo humano**, Dr. Pedro Orpi, Jr.

Reiteramos nuestra invitación a los miembros de la Asociación para que tomen participación activa en estos programas de divulgación y exhorten a sus pacientes y amigos a sintonizar la radioemisora WKAQ todos los sábados, de 5:45 a 6:00 de la tarde, para que escuchen dichos programas.

AVISO DE INTERES

Becas para estudios en Oftalmología

Nos place transcribir a continuación, para conocimiento de aquellos jóvenes que puedan estar interesados en cursar estudios especializados en oftalmología, la carta que enviara al Dr. Luis J. Fernández, el Presidente del Congreso Pan Americano de Oftalmología, Dr. Harry S. Gradle, y la cual se explica por sí misma. Los compañeros interesados en el ofrecimiento contenido en dicha comunicación deberán ponerse en contacto con el Dr. Luis J. Fernández, en el Instituto Oftálmico, en Puerta de Tierra.

"My dear Doctor Fernández:

"Have you any outstanding young ophthalmologist that you would like us to help train for your teaching center? If so, let me know and perhaps we can give him a Kellogg Fellowship.

"As you know, it is the desire of the Pan American Congress of Ophthalmology, through these Fellowships, not only to aid in the training of practical ophthalmologists, but especially to be of any possible assistance in the training of men who will contribute to the development of clinics and training centers in their own countries."

"With cordial greetings, I am
Sincerely yours,
(Sgnd.) **Harry S. Gradle**

Segundo Congreso Mexicano de Cáncer

El Presidente y el Secretario del Segundo Congreso Mexicano de Cáncer, que se

celebrará en Guadalajara, República Mexicana, del 3 al 9 de febrero próximo, han tenido la gentileza de enviarnos para su publicación la Convocatoria emitida con fecha 4 de agosto pasado invitando a los médicos y dentistas a participar en dicho acto, así como también en la Tercera Semana Médica de Occidente que se celebrará a la par que el Congreso de Cáncer.

Quedan enterados los compañeros que puedan estar interesados en participar en dichos actos.

MACHACANDO EN HIERRO FRIO

En Torno a las Mejoras al Edificio

En la fecha en que redactamos estas líneas están en todo su apogeo las mejoras que se vienen llevando a efecto en el domicilio de nuestra Asociación; sin embargo no ocurre así con la afluencia de donativos, que esperábamos no se hicieran esperar demasiado después de las constantes súplicas que ha hecho nuestro presidente, de las gestiones realizadas por algunas de las damas que integran el Comité Auxiliar de Damas, y de la exhortación que hemos hecho desde las páginas del Boletín en todas sus ediciones.

Es verdaderamente desalentadora la fría acogida que han dispensado a esta idea una gran parte de los miembros de la Asociación, entre los cuales aparecen colegas de reconocida solvencia económica, muchos de los cuales han ocupado puestos de marcado relieve en el seno de nuestra colectividad, y cuyo proceder anterior de franca colaboración, ha servido de estímulo a la juventud médica.

No dudamos que si el Dr. Muñoz Mac Cormick no poseyera el magnífico don de la perseverancia, ya se hubiera amilanado ante tal indiferencia por parte de ese núcleo de compañeros, que no conformes con no contribuir a la obra, la hacen objeto de críticas infundadas; pero, afortunadamente, nuestro presidente no es de los que se rinden; por el contrario, es de los que a todo inconveniente encuentran solución adecuada. De ahí pues, que no haya cesado en sus reiteradas súplicas, y que no haya vacilado en emprender nuevos proyectos, cuando apenas dispone de dinero suficiente para afrontar el primer pago de uno de los contratos.

No es posible que los colegas que aún no han respondido a sus llamamientos puedan continuar sordos a sus reiteradas súplicas. ¿No creen estos queridos amigos, que aún cuando el proyecto no fuera todo lo bueno que es, bien valdría el premio de unos cuantos dólares la fe inquebrantable que ha puesto nuestro presidente en sus compañeros de profesión, y el espíritu de perseverancia que ha demostrado, que bien debería servir de estímulo a cuantos se han dispuesto a asumir cargos de responsabilidad en nuestra Asociación? Esperamos ansiosos un cambio favorable en el proceder de dichos colegas.

Durante el mes de octubre han respondido a la campaña pro recolección de fondos para las mejoras al edificio, los siguientes compañeros:

Dr. Ezequiel Prieto
Dr. J. Sánchez Ferreri
Dr. Antonio Acosta Velarde
Dr. Victor Skerrett
Dr. Jaime L. Costas
Dr. Carlos González
Dr. Julio E. Garcés
Dr. Arsenio Comas
Dr. Fernando Vallecillo
Dra. María Amalia Parés
Dr. Leoncio T. Davis
Dr. José Angel Martínez
Dr. Gabriel Rigau
Dr. Tito Mattei Semidei
Dr. Fidel Alonso Caiñas
Dr. F. Hernández Morales
Dr. J. R. González Flores
Dr. José R. Lanauze Rolón
Dr. Elías C. Segarra
Dr. Enrique Milán
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. R. Rodríguez Molina
Dr. Juan del Río
Dr. Rurico S. Díaz Rivera

Dr. Juan R. Mimoso
Dr. Carlos Encarnación
Dr. F. Ruiz de Porras

Por otro lado, la campaña para la adquisición de un equipo de aire acondicionado ha tenido el respaldo de los siguientes compañeros:

Dr. Ramón M. Suárez
Dr. Francisco R. de Jesús
Dr. Francisco M. Susoni
Dr. Nelson Perea
Dr. J. Garrido Collazo
Dr. Manuel A. Astor
Dr. Eduardo D. Maldonado
Dr. Basilio Dávila
Dr. Jenaro Barreras
Dr. A. Navas Torres
Dr. Ricardo F. Fernández
Dr. Luis J. Fernández

A pesar de los dos años durante los cuales se ha prolongado la campaña de recolección de fondos para las mejoras al domicilio de la Asociación, son muchos los compañeros que aún no han aportado su ayuda, y es a ellos a quienes dedicamos estas líneas, en la esperanza de que antes de la próxima envíen su óbolo a nuestro presidente.

PAGINA DEL AUXILIO MEDICO MUTUO

Una vez más publicamos en esta sección, para conocimiento de los compañeros asociados, varios datos de interés en cuanto al movimiento económico registrado en el Plan del Auxilio Médico Mutuo desde su organización a principios del 1943:

Número actual de miembros acogidos al plan	429
Total pagado por certificados de compañeros fenecidos	$11,074.48
Balance actual:	
En Bonos	$ 8,880.00
En Caja	3,605.52
Balance neto	$12,485.52

También reproducimos a continuación la relación de los compañeros que han cooperado con el plan mediante la expedición de certificaciones médicas y la remesa a nuestra tesorería del dinero cobrado por tal concepto:

Dr. José Menéndez
Dr. F. Sánchez Castaño
Dr. Manuel G. Carrera (4)
Dr. Amalio Roldán (5)
Dr. Rivera Aulet (2)
Dr. Ricardo F. Fernández (3)
Dr. Leoncio T. Davis (5)
Dr. Fernando Asencio
Dr. Rafael Rivera (3)
Dr. Ramón C. Umpierre (3)
Dr. Miguel Alonso (2)
Dr. Juan Veve.
Dr. A. Rodríguez Olleros (2)
Dr. Ezequiel Prieto
Dr. Julio R. Rolenson
Dr. R. Muñoz Vázquez
Dr. A. Otero López (3)
Dr. Héctor A. Bladuell (12)
Dr. Narciso Moreno
Dr. Luis J. Fernández
Dr. Ramón J. Sifre
Dr. José F. González
Dr. Francisco J. Casalduc (3)
Dr. J. R. Bierley
Dr. Rafael A. Vilar (3)
Dr. Edgardo Quiñones
Dr. M. García de Quevedo
Dr. Luis F. Santos Tió (4)
Dr. A. Oliveras Guerra
Dr. Francisco Seín
Dr. Carlos Domínguez
Dr. Ramón M. Suárez
Dr. A. Fernández Valdés
Dr. F. Berio (2)
Dr. J. Ramos Lebrón
Dr. Edith Z. Rodríguez (2)
Dr. Luis L. Biamón
Dr. I. González Martínez
Dr. Frederick Ellis
Dr. José S. Belaval
Dr. L. A. Balasquide
Dr. Arquelio Ramírez
Dr. Luis R. Moczó
Dr. Honorato Estella (2)
Dr. M. Pujadas Díaz
Dr. Manuel de la Pila
Dr. Ramón Maldonado
Dr. Elías C. Segarra (2)
Dr. Eduardo D. Maldonado
Dr. J. Forastieri (3)
Dr. Jacinto Zaratt (2)
Dr. Julio A. Santos
Dr. Jorge del Toro
Dr. Max D. Sánchez
Dr. J. Rodríguez Olmo
Dra. Ana Janer
Dr. J. E. Luigi

Para el Tratamiento
de las

INFECCIONES CUTANEAS

DOS PREPARADOS UTILES

ALULOTION DE MERCURIO AMONIACAL CON CAOLIN
Y
ALULOTION CON SULFATIAZOL
AL 5%

ESTABLECIDOS WYETH'S EN 1860

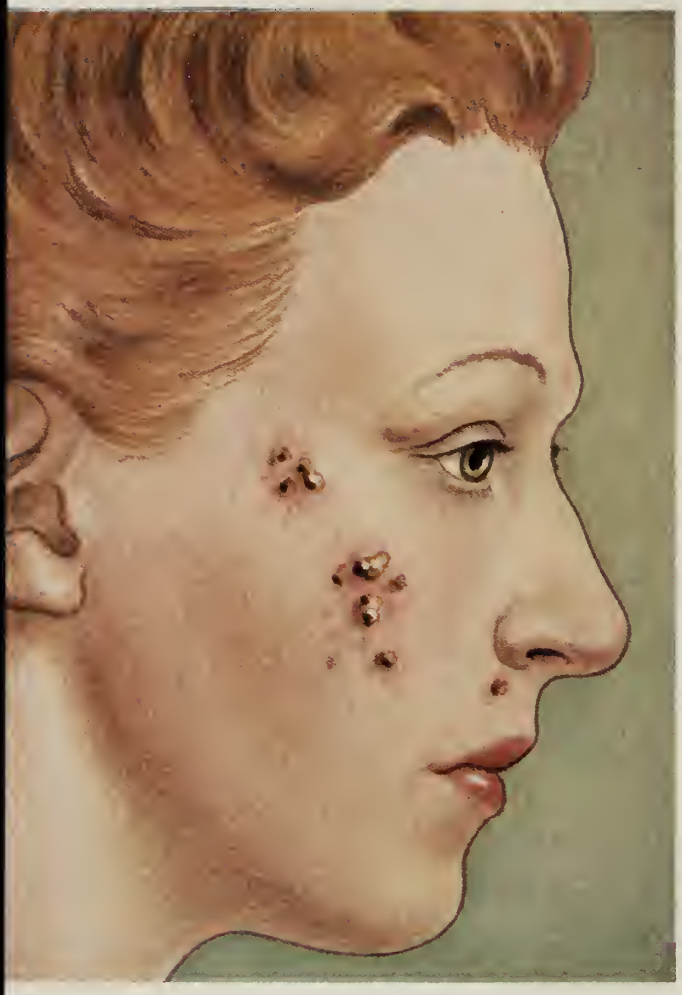
Elaborados por
Wyeth Incorporated

DISTRIBUIDOR:

eth

INTERNATIONAL LIMITED • NEW YORK, N. Y., U. S. A.

Excelente Loción Hidromiscibl



Contra el Impetigo

El ALULOTION de Merc Amoniacal con Caolín W constituye un remedio efectiv altamente bactericida sin perju la piel normal. Es hidrosolubl contiene grasa. Fija el exu infeccioso y ayuda a formar costra adherente y protector aplica fácil y simplemente.

Investigaciones clínicas ha mostrado que la curación d lesiones del impétigo se efectu la mitad del tiempo, aproxim mente, cuando se usó ***ALULO de Mercurio Amoniacal Caolín,*** en vez de los ungüe de mercurio amoniacal.

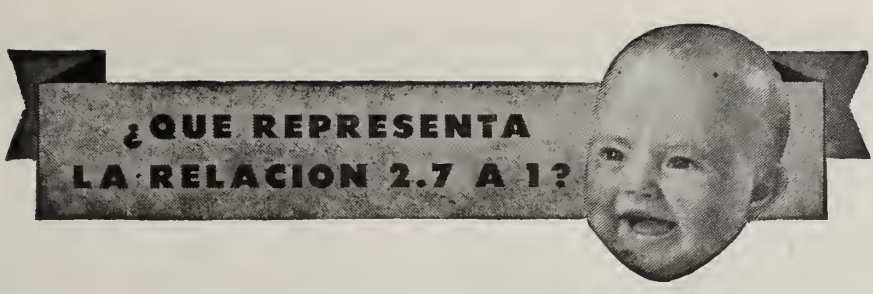
El ALULOTION de Mercurio Amoniacal con Caolín contiene mercurio amoniacal al 5%, caolín e hidróxido de aluminio. La base adsorbente de caolín e hidróxido de aluminio se mezcla con el exudado vesicular, secándose para formar una costra que se adhiere firmemente. Esta acción "fijadora" impide el traslado del contenido vesicular a otras áreas y evita que se propague la infección.

ALULOTION de Mercurio Amoniacal con Caolín se ofrece en frascos de 90 cc.

ALULOTION

DE MERCURIO AMONIACAL CON CAOLI

WYETH INTERNATIONAL LIMITED • NEW YORK, N. Y., U. S.
WAL—1-A
Printed in



• *2.7 a 1* es la relación de proteína (4%) a grasa (1.5%) en el DRYCO reconstituído. Este alto nivel de proteína en DRYCO compensa la superioridad biológica de la proteína en la leche materna en comparación con la proteína en la leche de vaca, asegurando así una cantidad adecuada de proteína durante los primeros meses, precisamente cuando los niños crecen con mayor rapidez.

De acuerdo con opinión autorizada: "Para que el niño obtenga una cantidad adecuada de proteína según contenida en la leche de vaca, necesita una cantidad mayor que la que obtiene cuando se alimenta con leche materna."—Chapin & Royster.

El bajo contenido de grasa, la cual debido al método empleado para elaborar el DRYCO es más fácil de digerirse, evita los trastornos digestivos a menudo causados por el alto contenido de grasa en las fórmulas de leche natural.

De acuerdo con opinión autorizada: "Las indigestiones son causadas más a menudo por un exceso de grasa en la alimentación artificial, que por un exceso de cualquier otro elemento."
—Morse & Talbot.

Por consecuencia, la relación 2.7 a 1, significa que alimentado con DRYCO, el bebé disfruta de una cantidad adecuada de proteína para asegurar el crecimiento óptimo de los tejidos y al mismo tiempo disfruta de máxima digestibilidad.



DRYCO

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL

Distribuidores para Puerto Rico:

PLAZA PROVISION COMPANY, Allen 15, San Juan, P. R.

ERTRON

Sólo ERTRON llena todos estos requisitos

1. Un buen número de enfermos de artritis han sido tratados con éxito terapéutico.
2. Innocuidad en dosis masivas, en largas. series de casos reportados.
3. Diez años de investigaciones minuciosas.
4. Extenso soporte bibliográfico.
5. Ertron solo—y ningún otro producto—contiene ergosterol vaporizado, activado por energía eléctrica (Método de Whittier).

Ertronice al Artrítico

ERTRONIZAR SIGNIFICA: Emplear Ertron a dosis diarias adecuadas, durante un período de tiempo suficientemente largo para obtener los resultados óptimos. Aumentar las dosis hasta llegar a las recomendadas, o hasta alcanzar el nivel de tolerancia. Mantener estas dosis hasta obtener la mejoría máxima.

Presentación: Frascos de 50 y 100 cápsulas

*Reg. U. S. Pat. Off.

ERTRON *Parenteral*

A los médicos que deseen suplementar la administración rutinaria oral de Ertron con inyecciones parentéricas, les ofrecemos Ertron Parenteral en cajas de 6 ampollas de 1 cc. Cada ampolla contiene 500,000 u. i. de ergosterol vaporizado, activado por el método de Whittier.

La Bibliografía Específica Ertron

He aquí una lista parcial de las referencias bibliográficas de Ertron. Los informes publicados por los investigadores no atañen a otro producto más que Ertron — el agente empleado en los estudios clínicos.

Levinthal, D. H., Logan, C. E., Kohn, K. H., and Fishbein, W. I.: Practical Management of Arthritis—Medical and Orthopedic, Industrial Medicine, 13:377 (May) 1944.

Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W. and Rudd, E.: A Comparative Study of Ultraviolet Irradiated Ergosterol (Steenbock Process) and Electrically Activated Ergosterol (Whittier Process)—A Preliminary Report, Journal-Lancet, 114:25 (Jan.) 1944.

Goldberg, S. A.: The Pathology of Arthritis, Amer. J. Clinical Pathology, 14:1 (Jan.) 1944.

Ziskin, D. E., Gibson, Jr., J. A., Skarka, A. and Bellows, J. W.: Effect of Large Daily Doses of Vitamin D on Teeth and Jaws of Rats and on Humans, J. Dental Research, 22:457 (Dec.) 1943.

Reynolds, C. and Burns, E. L.: The Effect on the Rat of Prolonged Administration of Large Doses of Electrically Activated Vaporized Ergosterol, Indust. Med., 12:835 (Dec.) 1943.

Snyder, R. G., Squires, W. H., Forster, J. W. and Rudd, E.: The Therapeutic Value of Electrically Activated Ergosterol when Administered Intramuscularly—A Preliminary Report, Indust. Med., 12:663 (Oct.) 1943.

Snyder, R. G., Squires, W. H., and Forster, J. W.: A Six-Year Study of Arthritis Therapy with Special Reference to the Pharmacology, Toxicology and Therapeutics, Indust. Med., 12:291 (May) 1943.

Levinthal, D. H. and Logan, C. E.: The Orthopedic and Medical Management of Arthritis, Journal-Lancet, 63:48 (Feb.) 1943.

Distribuidores Exclusivos en Puerto Rico:

PELEGRINA & LLORENS, INC. • SAN JUAN

NUTRITION RESEARCH LABORATORIES

CHICAGO



ERTRON



Blood Enrichment in Iron-Deficiency Anemia with

COPPERIN

The blood in iron-deficiency anemia is markedly benefited by Copperin administration: hemoglobin percentages quickly rise; red blood cells increase in quantity and improve in quality.

Due to the action of the catalyst, copper sulphate, the amount of iron ammonium citrate per capsule is reduced to only 32 milligrams. But as ALL the iron is made available to the bloodstream, a maximum therapeutic effect is obtained. Copperin does not stain teeth or irritate the gastrointestinal tract and is water soluble. Prescribe Copperin "A" for adults, Copperin "B" for children.

Liberal professional samples gladly sent on request

RAFAEL A. VILLAMIL

Box 530, San Juan, P. R.

TRATAMIENTO ININTERRUMPIDO . . .



SUEÑO REPARADOR

En algunos procesos inflamatorios locoles, toles como resfríos de pecho, dolores de gargonto, torceduros, lesiones leves, contusiones, furúnculos y corbúnculos, lo condición del pociente, que necesito tronquilidad y reposo, puede ser seriamente ofectoda.

Proporcionando onolgesio y descongestión por ocho horos o más con una sola aplicación de NUMOTIZINE el pociente es posible que duerma sin interrupción todo la noche.

NUMOTIZINE

CATAPLASMA ANALGESICA Y DESCONGESTIVA

Con NUMOTIZINE no hay necesidad de cambiar frecuentemente los vendajes, ni son necesarios botellos de oguo coliente.

NUMOTIZINE contiene guayacol, creosoto de haya, saliciloto de metilo, solución de formaldehido en uno base de glicerina, químicamente pura, y silicoto de oluminio.

Es fácil de ponerse y quitorse. Se suministra en torros de cristol de 57, 114, 228, 425 y 850 gramos.

NUMOTIZINE, INC., 900 NORTH FRANKLIN ST., CHICAGO 10, ILLINOIS, E. U. de A.







Agente y Distribuidor Exclusivo para Puerto Rico
FRANCISCO N. CASTAGNET

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL
(Organizada en 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología; bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos uralógicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico física; interpretación raentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifilología; neurología; terapia física; instrucción continua en diagnóstico cistoendoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatarias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

MEDICINA PRACTICA

Instrucción completa en aquellas materias que son de particular interés al médico en la práctica general. El curso cubre todas las ramas de la Medicina y Cirugía.

FISIOTERAPIA

Lecciones didácticas y aplicaciones clínicas activas de todos los métodos actuales de fisioterapia en medicina interna, cirugía traumática y general, ginecología, uralogía, dermatología, neurología y pediatría. Demostraciones especiales de electrocirugía menor, electrodiagnóstico, piretoterapia, hidroterapia (incluyendo terapia colónica) actinoterapia.

RADIOLOGIA

Revisión comprensible de los conceptos de física y altas matemáticas necesarios, interpretación de placas, todos los procedimientos diagnósticos de uso standard, métodos de aplicación y dosis de radiaterapia, radium y rayos X; procedimientos fluoroscópicos standard y especiales. Revisión de lesiones dermatológicas y tumores susceptibles de radioterapia, así como con los métodos y cálculos de dosis en los tratamientos. Especial enseñanza de los más nuevos métodos diagnósticos por medios de contraste (broncografía) al lipiodol, uterosalpingografía, visualización de las cámaras cardíacas, insuflación perirrenal y mielografía. Se incluyen, instrucciones sobre disposición y dirección de departamentos radiólogos.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A
MEDICAL EXECUTIVE OFFICER: 345 West 50th St., New York City

CUADRAGESIMA-SEGUNDA ASAMBLEA ANUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

* * *

Miércoles 12 de diciembre
Jueves 13 de diciembre
Viernes 14 de diciembre
Sábado 15 de diciembre
Domingo 16 de diciembre

* * *

NO FALTE

THESODATE (Brewer)

Definition: Thesodate (Brewer) is the original ENTERIC COATED tablet of Theobromine Sodium Acetate.

Indications: Thesodate (Brewer) is indicated in the treatment of coronary artery disease, edema, and hypertension.

Distribution: Thesodate (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
*Thesodate, 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

Dose: One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION:

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G., Arch. Int. Med., Vol. 60, page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F., J. A. M. A., Vol. 109, page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E., Am. H. Jour., Vol. 19, page 639, Number 6, June, 1940.

• Thesodate, 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, INC. · **Worcester, Mass., U.S.A.**

Pharmaceutical Chemists Since 1852

HERISAN

(MARCA REGISTRADA)

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" Y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA:	**50,000 U. I. de Vitamina A**		
	6,250 U. I. de Vitamina D	**por gramo**	**10 gramos**
	Acido Bórico		**2 gramos**
	Oxido de Zinc		**15 gramos**
	Talco		**15 gramos**
	Vehículo		**58 gramos**

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en: HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, etc.

Preparado por

ANDROMACHUS CORPORATION

22 East 49th Street. New York 1s-17, N. Y.

Distribuidor: **E. VELEZ POSADA,** Plaza de Colón, San Juan.

NOMENCLATURA QUE NO INCITA EL INTERES PROFANO

—oOo—

ESPECIALIDADES QUE SIRVEN EL INTERES PROFESIONAL

—oOo—

DOCE AÑOS DE EXITOS — DOCE AÑOS DE SERVICIO

Doce años recibiendo la confianza y la cooperación de la Clase Médica del País.

AFLEG LABORATORIES

FABRICANTES DE ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS ETICAS PARA LA PROFESION MEDICA DE PUERTO RICO

San Juan de Puerto Rico

NUESTRAS ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS

Elíxir Neo-IRON—Antianémico al Sulfato de Hierro Ferroso.
Elíxir y Cápsulas Neo-IRON COMPLEX—Antianémicos al Sulfato de Hierro Ferroso. Complejo de Vit. B y Extracto de Hígado.
Jarabe Neo-IRON—Antianémico al Sulfato de Hierro Ferroso en medio no alcohólico.
Jarabe Yod-IRON—Yodo y Hierro Ferroso.
Heparentol—Extracto de Hígado Inyectable, simple o con Vitamina B^1.
Betarol—Vitamina B^1, en Jarabe, Elíxir o Soluciones Inyectables.
Befleg—Complejo de Vitamina B. en Jarabe, Elíxir o Solución Inyectable.
Ferheptol—Hierro, Hígado y Vitamina B^1 inyectables.
Kiliapsin—Contra la aquilia gástrica.
Digesol—Elíxir digestivo.
Bromorange—Sedante del sistema nervioso.
Ferbetal—Cápsulas antianémicas.
Calsuvin—Anticatarral.
Nasofedrina—Efedrina inhalante.



UN AZOTE A TRAVÉS DE LAS EDADES

En el siglo XVII antes de Cristo ya los papiros de Egipto contenían alusiones al *Ancylostoma duodenale* y otros parásitos intestinales: y aún hoy la *anquilostomiasis* o *uncinariasis* sigue siendo uno de los flagelos más crueles de la especie humana.

Entre todos los antihelmínticos conocidos, posiblemente no hay ninguno que sobrepase a las píldoras "CRYSTOIDS" en eficacia vermicida.

"CRYSTOIDS" ataca tanto la uncinaria como los oxiuros, ascaris o tricocéfalos.

"CRYSTOIDS" es, pues, sumamente eficaz en las infecciones mixtas, que se presentan con tanta frecuencia.

"CRYSTOIDS" representa economía, ya que en muchos casos basta un solo tratamiento con esta droga, para destruir casi todos los vermes.

"CRYSTOIDS" es seguro: mata los parásitos casi instantáneamente y evita las peligrosas migraciones. "CRYSTOIDS" no provoca reacciones desagradables y ofrece el máximo de seguridad terapéutica.

Rp. Frasco de 5 píldoras de 0.2 gm. (tratamiento para adultos). Frascos de 5 píldoras de 0.1 gm. (para niños).

Sharp & Dohme, Philadelphia 1, Pa., E.U.A.

"CRYSTOIDS"

(Poliantihelmíntico de hexilresorcinol)



¡QUE BUENO SABE!

PUEDE esperarse que una sonrisa de aprobación siga a la administración de cada dosis de 'Coco-Thiazole' (Suspensión de Sulfatiazol en Cacao, Lilly). El sabor del sulfatiazol es completamente disfrazado en esta preparación líquida de buen gusto y agradable de tomar.

Destinado especialmente para lactantes y niños, el 'Coco-Thiazole' contiene 0.325 Gmo. de sulfatiazol microcristalino por cada 4 cc.

PARA LAS RECETAS MEDICAS

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION
Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.

HARVARD UNIVERSITY
SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY.

AÑO XXXVII NOVIEMBRE, 1945 NUMERO 11

MAR 2 2 1946

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

SHOULD VITAMIN D BE GIVEN ONLY TO INFANTS?

VITAMIN D has been so successful in preventing rickets during infancy that there has been little emphasis on continuing its use after the second year.

But now a careful histologic study has been made which reveals a startlingly high incidence of rickets in children 2 to 14 years old. Follis, Jackson, Eliot, and Park* report that postmortem examination of 230 children of this age group showed the total prevalence of rickets to be 46.5%.

Rachitic changes were present as late as the fourteenth year, and the incidence was higher among children dying from acute disease than in those dying of chronic disease.

The authors conclude, "We doubt if slight degrees of rickets, such as we found in many of our children, interfere with health and development, but our studies as a whole afford reason to prolong administration of vitamin D to the age limit of our study, the fourteenth year, and especially indicate the necessity to suspect and to take the necessary measures to guard against rickets in sick children."

*R. H. Follis, D. Jackson, M. M. Eliot, and E. A. Park: Prevalence of rickets in children between two and fourteen years of age, Am. J. Dis. Child. 66:1-11, July 1943.

MEAD'S Oleum Percomorphum With Other Fish-Liver Oils and Viosterol is a potent source of vitamins A and D, which is well taken by older children because it can be given in small dosage or capsule form. This ease of administration favors continued year-round use, including periods of illness.

MEAD'S Oleum Percomorphum furnishes 60,000 vitamin A units and 8,500 vitamin D units per gram. Supplied in 10- and 50-cc. bottles and boxes of 48 and 192 capsules. Ethically marketed.

MEAD JOHNSON & COMPANY, Evansville 21, Ind., U.S.A.

P. O. Box 3081 — San Juan, P. R.

SUMARIO

Página

El Síndrome de Wolff-Parkinson-White, Ramón M. Suárez, M. D., Santurce, P. R. ---------- 429

Displasia Fibrótica Osea, M. Guzmán Rodríguez, M. D., y E. Blás Ferraiuoli, M. D., San Juan, P. R. ---------- 434

Mortality from Heart Disease in the United States and Puerto Rico —Comparison of Vital Statistics, Manuel de la Pila, M. D., Ponce, P. R. ---------- 439

Huéspedes de la Asociación Médica durante la Cuadragésima-Segunda Asamblea Anual ---------- 448

Breve reseña gráfica del Servicio Hospitalario en Puerto Rico ---------- 454

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

(Publicación Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico)

Avenida Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, Puerto Rico

DR. E. MARTINEZ RIVERA
Editor y Administrador

Editores Asociados

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. A. M. MARCHAND
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

El BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO es el órgano oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico. Se publica el día último de cada mes, constando cada volumen de 12 ediciones.

Los trabajos originales deben ser enviados al Editor-en-Jefe, Apartado de Correos 3866, Santurce 29, Puerto Rico, o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); año; volumen y página. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Si el artículo viene acompañado de ilustraciones, debe indicarse en el texto el sitio donde se desea que sean éstas intercaladas. Al dorso de cada ilustración debe hacerse constar claramente el título que deberá acompañarla.

No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Editor-en-Jefe.

Información en relación con anuncios será suplida a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio estará sujeto a la aprobación del Editor-en-Jefe.

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Puerto Rico under the act of August 24, 1912.

ORETON

The male climacteric may be expressed in a variety of related or seemingly unrelated symptoms... constitutional, vasomotor, genitourinary and cardiovascular, predominating. Basic replacement therapy with the ORETON preparations of male sex hormone, testosterone and methyl testosterone, provides effective treatment with gratifying relief of distressing symptoms.

ORETON AMPULES



(Testosterone propionate)

5 mg., 10 mg. and 25 mg.

ORETON·M TABLETS

(Methyl testosterone)

Tablets of 10 mg.

ORETON·M OINTMENT



(Methyl testosterone)

Tube of 50 grams, 2 mg. hormone per gram.

SCHERING

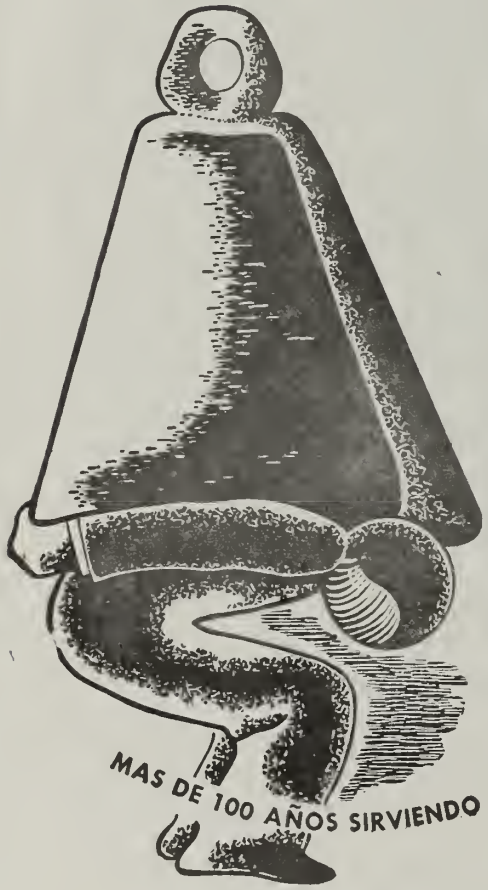
SCHERING CORPORATION · BLOOMFIELD · N. J.

MAINTAIN THE OFFENSIVE—BUY WAR BONDS

Distribuidor: CESAR CASTILLO, Tetuán 10, San Juan, P. R.

para aligerar el peso físico...

que pesa sobre la psique



LAS Tabletas de Sulfato de Benzedrina, debido a su benéfica estimulación del sistema nervioso central, tienen la tendencia de disminuir el apetito excesivo, suprimiendo en el paciente obeso—usualmente neurótico—el deseo de comer a todas horas, haciendo que éste se ajuste a la dieta de bajas calorías prescrita por el médico.

El renombrado especialista, J. Ersner, en más de 500 casos de pacientes obesos, y en 55 de individuos "con apetito desmesurado," obtuvo, a pesar de algunos fracasos, pérdidas de 3.2 libras semanales en períodos consecutivos de 3 a 12 semanas.

Lesses y Myerson después de haber tratado favorablemente con Sulfato de Benzedrina cientos de casos de obesidad, afirman: "*no hemos visto nunca evidencias de afición a la droga.*"

MAS DE 100 AÑOS SIRVIENDO A LA PROFESION MEDICA

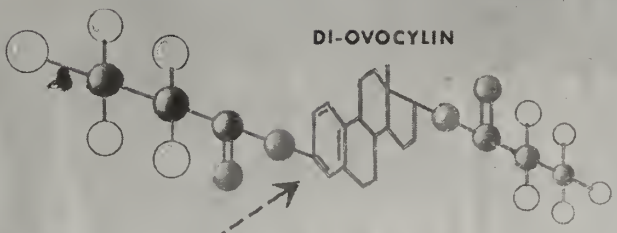
SKF 1841 1944

A su petición le enviaremos directamente literatura, posología y muestros sobre este producto.

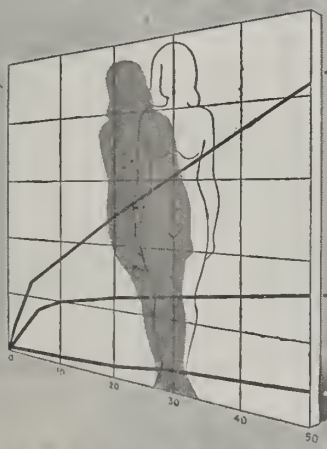
TABLETAS DE

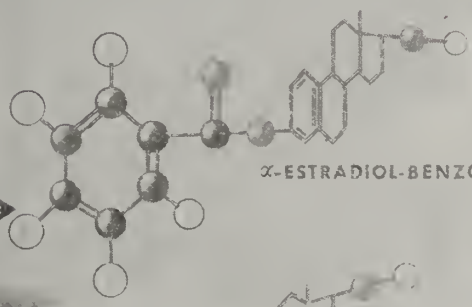
SULFATO DE BENZEDRINA

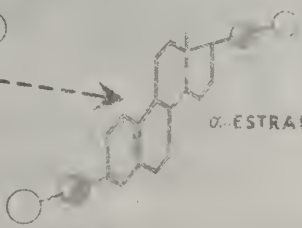
LABORATORIOS SMITH, KLINE & FRENCH • FILADELFIA, PA., E. U. A.



INTENSE ESTROGENIC EFFECTS







WITH FEWER INJECTIONS

Esterification greatly prolongs the action of the natural ovarian hormone providing a more gradual physiological effect. DI-OVOCYLIN* (α-estradiol dipropionate) is the most ideal ester providing both potency and duration of effect.

With fewer injections, DI-OVOCYLIN promptly controls symptoms associated with estrogenic deficiency. It is both economical for the patient and time-saving for the physician.

DI-OVOCYLIN*

*Trademark Reg. U. S. Pat. Off.

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC. SUMMIT, NEW JERSEY
IN CANADA: CIBA COMPANY LIMITED, MONTREAL

Agentes: FALGUERINA & LLORENS, INC.
Salvador Brau 50 - San Juan 17, P. R.



Para el tratamiento de la malaria

(Farmacopea Oficial de los EE. UU.)

La TOTAQUINA MERCK, (F.E.U. XII) es una combinación de alcaloides extraídos de la corteza de la *Cinchona succirubra* Pavon y otras especies adecuadas de la quina. Contiene no menos del 7% y no más del 12% de quinina anhidra, y un total de no menos del 70% y no más del 80% de los alcaloides anhidros cristalizables de la quina.

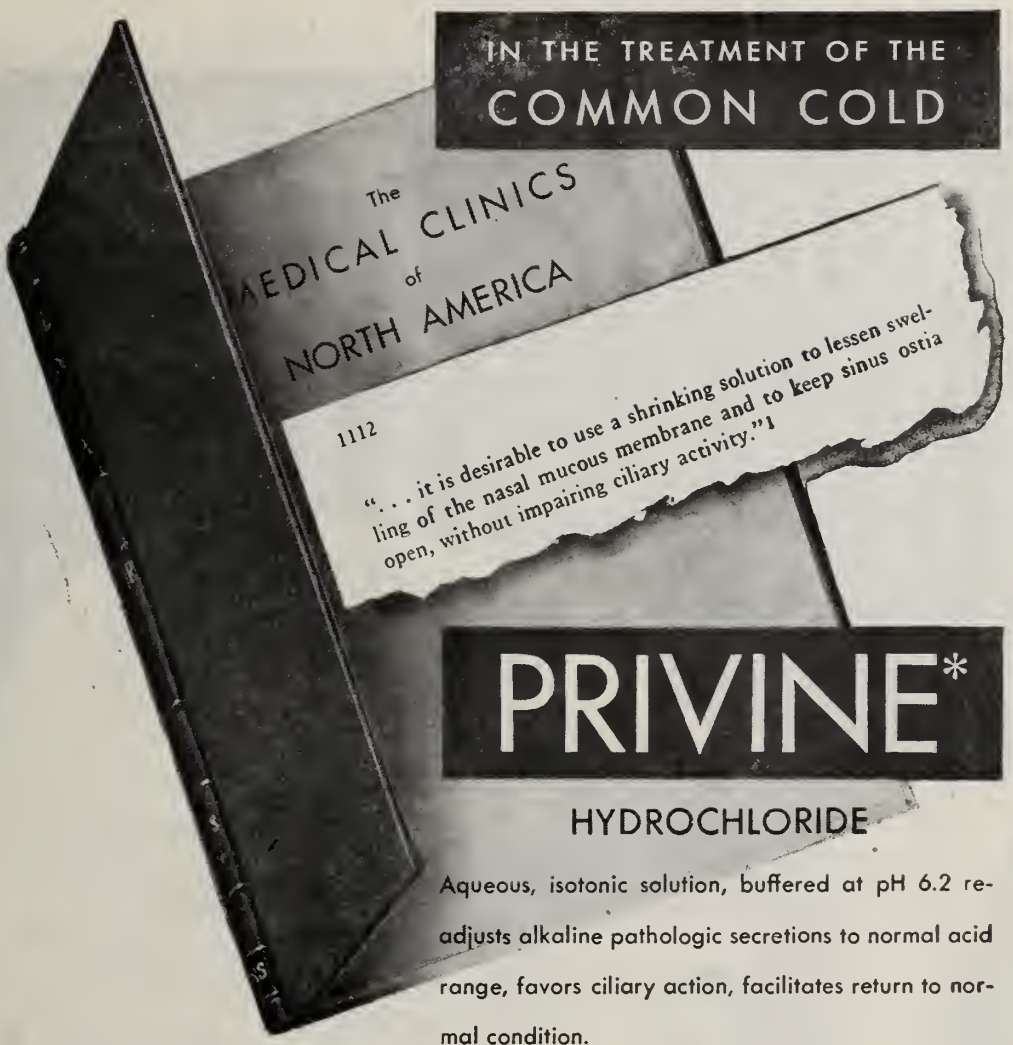
La profesión médica, habituada al blanco nítido del polvo de quinina, no tiene que preocuparse por el color de la TOTAQUINA, pues éste en nada afecta a las propiedades terapéuticas de la droga. El color de la TOTAQUINA en polvo puede variar algo, pero es generalmente castaño claro. La TOTAQUINA es inodora y de sabor amargo. Es casi insoluble en el agua, pero se disuelve pronto en los ácidos minerales diluídos. No es ni higroscópica ni eflorescente. Las incompatibilidades de la TOTAQUINA son semejantes a las del sulfato de quinina, pero la TOTAQUINA no es incompatible con los carbonatos de álcali, de calcio o de magnesio, ni con sus óxidos e hidróxidos.

La TOTAQUINA MERCK (F.E.U. XII) se puede obtener en polvo para las prescripciones facultativas.

MERCK & CO., Inc.

Fabricantes de Productos Químicos de Calidad
Rahway, New Jersey, Estados Unidos de Norte América

MERCK



Aqueous, isotonic solution, buffered at pH 6.2 readjusts alkaline pathologic secretions to normal acid range, favors ciliary action, facilitates return to normal condition.

Privine (Naphazoline) provides prolonged relief of congestion in acute rhinitis . . . not followed by secondary vasodilatation. 0.1% for adults; 0.05% for children; bottles of 1 oz.

1. Medical Clinics of North America, 1108, Sept. 1944.

*Trade Mark Reg. U. S. Pat. Off.

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC., SUMMIT, NEW JERSEY
IN CANADA, CIBA COMPANY LIMITED, MONTREAL

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc. Salvador Brau 70, San Juan 17, P. R.



UN NUEVO AVANCE EN LA TERAPIA INSULINICA

Una nueva clase de Insulina es presentada a la Profesión Médica por los Laboratorios de Investigación de Burroughs Wellcome & Co. (E.U.A.), con el descubrimiento de la Globina Insulina con Zinc. Esta preparación, después de varios años de experimentación en el laboratorio y en la clínica, ha sido encontrada como:

a) Una insulina de acción pronta y prolongada.
b) Una solución clara que asegura una dosificación exacta y uniforme, y de menor efecto alergénico.
c) Una sola inyección por las mañanas es suficiente para el control adecuado de la mayor parte de los diabéticos.
d) Su acción concuerda con las necesidades fisiológicas del paciente: es máxima durante el día y desaparece lentamente cuando es menos necesitada, esto es, cuando el paciente se entrega al sueño.
e) Elimina prácticamente las reacciones nocturnas de las insulinas de acción muy prolongada, haciendo innecesaria la alimentación en la cama.

Frascos de dosis múltiples de 10 c.c. 80 unidades por c.c.



MARCA 'WELLCOME' REGISTRADA

GLOBINA INSULINA CON ZINC

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

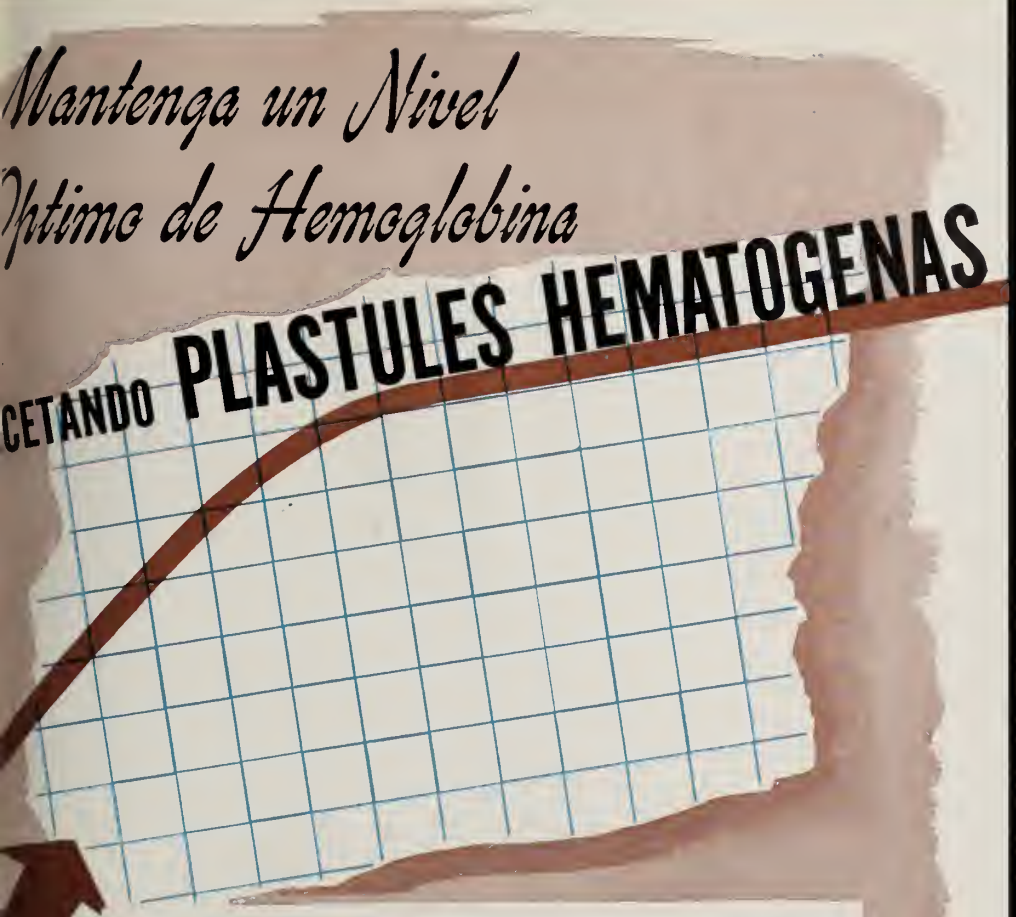
9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

Agente: RAFAEL A. VILLAMIL - Apartado 530, San Juan 3, P. R.

Mantenga un Nivel Óptimo de Hemoglobina

ACETANDO PLASTULES HEMATOGENAS



"Para mantener un nivel normal de los glóbulos rojos de la sangre, debe tener lugar diariamente la formación de aproximadamente 1 billón de hematíes, con un contenido total de 19.44 gramos de hemoglobina."[1]

Las PLASTULES HEMATOGENAS—envasadas en forma conveniente para su dosificación—le proporcionan el medio económico y moderno de proveer adecuadamente esta demanda tremenda de hierro medicinal.

Las PLASTULES HEMATOGENAS suministran sulfato ferroso en pequeñas cápsulas de gelatina blandas y solubles.

En anemias hipocrómicas, tales como las causadas por hemorragias crónicas, embarazo, menstruación, infecciones y deficiencias de la nutrición, las PLASTULES HEMATOGENAS producen una regeneración de la hemoglobina que suele ser muy rápida.

Pueden obtenerse dos tipos de PLASTULES HEMATOGENAS *Simples o con Concentrado de Hígado en envases de 50 Plástules*

1. Haden, R.L. "The Specific Treatment of Anemia with Iron and Liver," Illinois Medical Journal, pág. 44, Enero 1941.

n E.U.A.

THE BOVININE COMPANY
CHICAGO, ILL., E. U. A.

POR QUE las PLASTULES HEMATOGEN



contienen HIERRO *en estado* FERROSO

Los hematólogos están de acuerdo en el hecho de que el hierro puede ser absorbido en el conducto intestinal sólo cuando se encuentra en estado ionizado. Sólo aquella fracción del hierro ingerido que sufre un proceso de ionización en el medio ácido de las secreciones gástricas, puede ser absorbido después.

Existen motivos para creer que el hierro es absorbido por la sangre, en gran parte si no exclusivamente, en estado ferroso. Sólo aquella fracción del hierro en estado férrico que es reducido al estado ferroso puede ser absorbido.

El hierro contenido en las PLASTULES HEMATOGENAS está en estado ferroso, es decir, en disposición de ser absorbido inmediatamente y convertido a hemoglobina. Para proteger este estado ferroso contra la oxidación, cada Plástule consiste de una cápsula de gelatina blanda y soluble, cerrada herméticamente.

El hecho de que el hierro suministrado por las PLASTULES HEMATOGENAS esté ya en forma de sulfato ferroso explica el por qué una dosis diaria de sólo 3 PLASTULES HEMATOGENAS frecuentemente produce una elevación de 1% diario en el nivel hemoglobínico de pacientes anémicos.

Cada PLASTULE HEMATOGENA Simple contiene 33.3 centigramos de sulfato ferroso y 5 centigramos de concentrado de levadura.

Cada PLASTULE HEMATOGENA con Concentrado de Hígado contiene 16 centigramos de sulfato ferroso, 17 centigramos de concentrado de hígado (derivado de 339.5 centigramos de hígado crudo) y 5 centigramos de concentrado de levadura.

WFN 9-8

THE BOVININE COMPANY
CHICAGO, ILL., E. U. A.

LAS POTENCIAS MAS ALTAS... AL COSTO MAS BAJO

VITAGALEN es un jarabe sumamente eficaz y económico, que proporciona cantidades terapéutica de Vitamina A, Vitamina D, y los factores del Complejo de la Vitamina B. Las Tabletas VITAGALEN contienen además, cantidades efectivas de Vitamina C y de seis minerales fisiológicamente activos.

Tanto el jarabe como las tabletas VITAGALEN pueden administrarse con absoluta confianza como complemento alimenticio diario, o para el tratamiento de deficiencias clínicas de vitaminas múltiples.



POTENCIAS

Dos tabletas (la dosis usual diaria para adultos) suministran:

Vitamina A	5000	Unidades F.E.U.
Vitamina D	800	Unidades F.E.U.
Vitamina C (ácido aseórbico)	50	miligramos
Tiamina	4	miligramos
Riboflavina	4	miligramos
Niacinamida	30	miligramos
Piridoxina (Vitamina B_6)	0.50	miligramo
Pantotenato de calcio	2	miligramos
Vitamina E	2	miligramos
Hierro	15	miligramos
Manganeso	6	miligramos
Yodo	0.10	miligramo
Cobre	1	miligramo
Calcio	800	miligramos
Fósforo	150	miligramos

Una cucharada (15 mls.), la dosis usual diaria para adultos, suministran:

Vitamina A	5000	Unidades F.E.U.
Vitamina D	400	Unidades F.E.U.
Tiamina (Vitamina B_1)	3.75	miligramos
Riboflavina (Vitamina B_2)	2.0	miligramos
Amidoniacina (Amidoácido-nicotínico)	25.0	miligramos
Piridoxina (Vitamina B_6)	1.0	miligramo
Pantotenato de calcio	3.75	miligramos

Galen Company

BERKELEY, CALIFORNIA, E. U. A.

Distribuidor: RODOLFO BERNAL, Apartado 2048, San Juan, P. R.



Sensibilidad Táctil...



Imagínese a alguien pretendiendo leer *braille* con guantes puestos! Sin embargo, el cirujano, que necesita igual percepción sensitiva del tacto, tiene que actuar bajo este impedimento. Solamente usando guantes muy delgados pueden sus dedos palpar con la precisión que requiere su labor. Los guantes "SR" STANDARD para cirujanos, finos y anatómicamente diseñados, responden plenamente a esas exigencias. Además, su resistencia a repetidas esterilizaciones es extraordinaria.

Los guantes "SR" STANDARD para cirujanos representan hoy día, no sólo un adelanto máximo sino también una *necesidad* para el médico. ¡Por esta razón todos los cirujanos prefieren guantes quirúrgicos "SR" STANDARD!

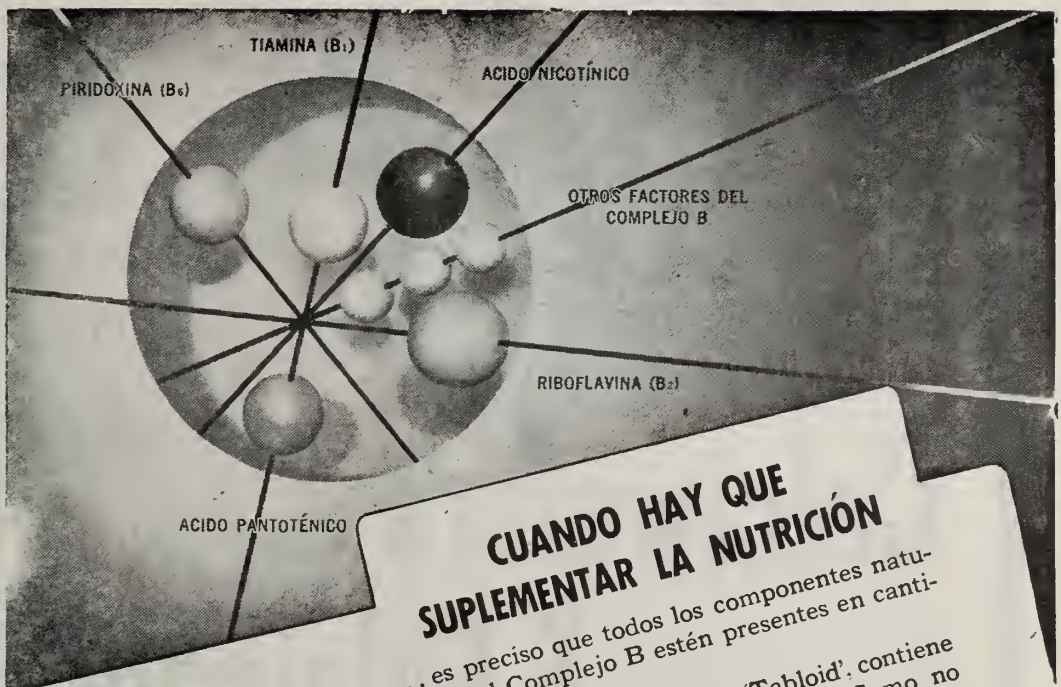
The **SEAMLESS** **SR** **RUBBER** Company

NEW HAVEN, CONNECTICUT
E. U. A.

Marca de Fabrica Registrada

FABRICANDO ARTICULOS DE GOMA DESDE 1877

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc.
Salvador Brau 70 — San Juan 17, P. R.



CUANDO HAY QUE SUPLEMENTAR LA NUTRICIÓN

... es preciso que todos los componentes naturales del Complejo B estén presentes en cantidades apropiadas.

La Levadura Concentrada 'Tabloid' contiene todos los factores del Complejo B. Como no contiene enzimas activas, no produce distensión gaseosa, y como las tabletas tienen sabor a nueces y azúcar, son muy agradables de tomar, o al ser masticadas, lo cual favorece la cooperación del paciente.

Frascos de 40, 100 y 500 tabletas



MARCA 'TABLOID' REGISTRADA

Levadura Concentrada

(con cubierta azucarada)

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES · MONTREAL · SIDNEY · CIUDAD DEL CABO · BOMBAY · SHANGHAI · BUENOS AIRES

Distribuidor Exclusivo: RAFAEL A. VILLAMIL, Apartado 530, San Juan, P. R.

LOST

Approximately 37% of the Calcium salts found in vegetables are lost in cooking. Utilization of the Calcium may also be incomplete if the supply of vitamin D is inadequate.

Calciwafers & Calcicaps

ALTERNATE DOSAGE FORMS

Supply Calcium and Phosphorus with enough Vitamin D for the absorption of the Calcium provided but also for the Calcium already in the diet.

CALCIWAFERS
Candied wafers, boxes of 50 and 250

CALCICAPS
Capsule form, bottles of 100 and 500

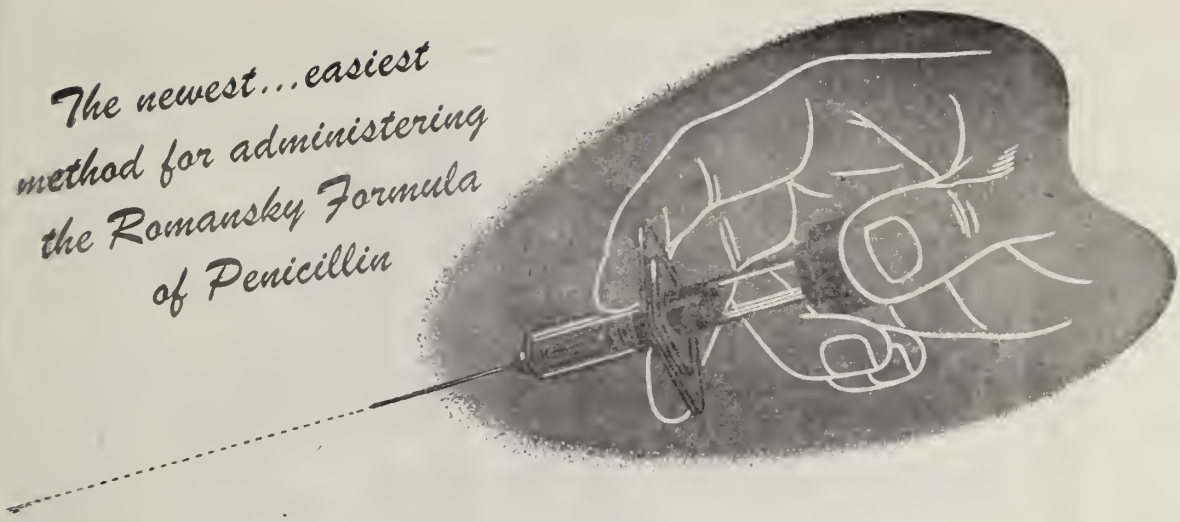
NION CORPORATION

LOS ANGELES 38, CALIFORNIA

NION

Exclusive Representative
JOAQUIN BELENDEZ SOLA
56 Tetuán St. - P. O. Box 1188 - San Juan 6, P. R.

The newest...easiest method for administering the Romansky Formula of Penicillin



Now the physician needs merely to slip a new Abbott penicillin cartridge into a syringe and start the injection. This convenient, sterile unit, always ready for immediate use, consists of: (1) a cartridge containing a single 1-cc. dose of 300,000 units of Penicillin Calcium, Abbott, in Oil and Wax (Romansky Formula); (2) a plastic syringe with a fixed, sterile needle. The syringe is designed to be used once and then thrown away; the needle may not be removed or resterilized. The package containing the unit is small and lightweight, and slips easily into the pocket or emergency bag.

Unit as Removed from Package



Syringe, containing a sterile, 20-gauge needle, is sealed at top with rubber stopper (A), at bottom with removable plastic sheath (B) which protects the sterile needle.



Two-chamber cartridge, supplied with one chamber containing a single 1-cc. dose of 300,000 units of Penicillin Calcium, Abbott, in Oil and Wax (Romansky Formula), the second chamber empty.

Unit Ready for Assembly



To assemble the unit for use, the rubber stopper is removed from the syringe and attached to the open end of the cartridge to form a plunger. To make the injection it is necessary only to insert the cartridge-plunger into the syringe until upper end of the needle punctures the rubber diaphragm.

Other New Abbott Penicillin Specialties

- **PENICILLIN OINTMENT** *ABBOCILLIN*
  1000 units Penicillin Calcium per Gram (*in 1-ounce tubes*)
- **PENICILLIN OPHTHALMIC OINTMENT** *ABBOCILLIN*
  1000 units Penicillin Calcium per Gram (*in ⅛-ounce tubes*)
- **PENICILLIN TROCHES** *ABBOCILLIN*
  Each Troche contains 1000 units (*in bottles of 24*)
- **PENICILLIN TABLETS** *ABBOCILLIN*
  Each tablet contains 25,000 units (*in bottles of 12 and 24*)

Abbott Laboratories P. R.
80-82 S. Brau St. - P. O. Box 1082
San Juan, P. R.

LAS FARMACIAS DE BLANCO

EN SAN JUAN Y SANTURCE

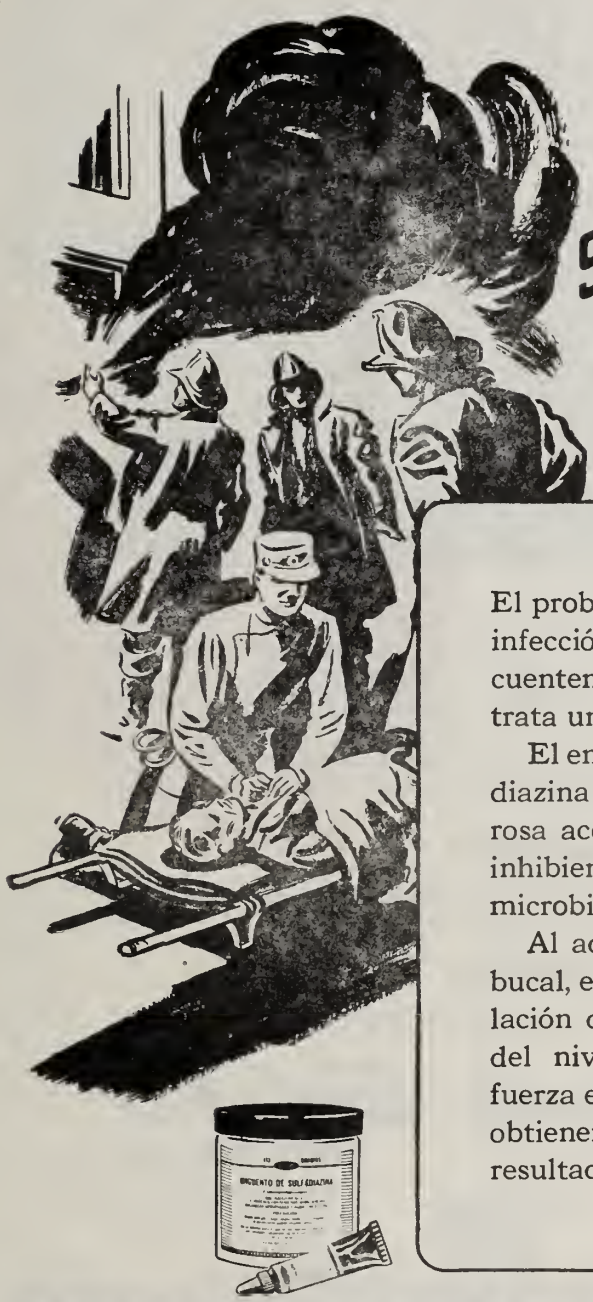
invitan atentamente a la distinguida clase médica para que visite sus instalaciones y departamentos de recetas y solicitan su autorizada crítica.

●

LA FARMACIA DE BLANCO

DE SAN JUAN

cuenta con un frigorífico de gran capacidad para atender en cualquier momento servicios profesionales a los señores médicos y al público en general en que se necesiten bajas temperaturas.



SULFADIAZINA en las Quemaduras

El problema de combatir la infección se le presenta frecuentemente al médico que trata una quemadura.

El empleo local de Sulfadiazina desarrolla una poderosa acción bacteriostática, inhibiendo la proliferación microbiana.

Al administrarla por vía bucal, evitando una acumulación de dosis por encima del nivel tolerado, se refuerza esta acción local y se obtienen los más brillantes resultados.

LEDERLE LABORATORIES DIVISION OF AMERICAN CYANAMID COMPANY INC.

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, NEW YORK

SUCURSALES Y REPRESENTANTES EN TODA LA AMERICA LATINA

Riboflavin (VITAMIN B_2)

for adequate parenteral therapy



THE PRODUCTION of Flavaxin Soluble "Niphanoid," a complex salt of riboflavin, makes it easy to administer a sufficient dose of this vitamin by the parenteral route. Although it is suggested that 5 mg. be dissolved in 2 cc. sterile distilled water, larger doses may be given in small volume (e.g., 15 mg. in 3 cc.). Injections may be made subcutaneously, intramuscularly or intravenously. Thus, any dosage requirement for the treatment of marked ariboflavinosis can now be met.

ampuls for injection

Flavaxin Soluble "Niphanoid" is available in ampuls of 5 mg., boxes of 5 and 25 ampuls.

tablets for oral use

Flavaxin tablets of 1 mg. and 5 mg., bottles of 25 and 500.

Flavaxin Soluble NIPHANOID*

Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

FLAVAXIN, Brand of Synthetic Riboflavin

*"Niphanoid," trademark, Winthrop Chemical Company, Inc.

WINTHROP

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician NEW YORK, N. Y. WINDSOR, ONT.

909M.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC. - Allen 77, San Juan, P. R.

EL NIÑO NORMAL



EL NIÑO NORMAL SE DESARROLLA Y CRECE CON S. M. A. IGUAL QUE CON LA LECHE MATERNA

La S.M.A. tiene las siguientes ventajas:

1. Grasa adecuada de fácil digestión y asimilación.
2. Proteínas que proporcionan los aminoácidos necesarios para la nutrición y desarrollo normal.
3. Lactosa (carbohidrato semejante al de la leche materna) en la debida proporción con las proteínas y grasas.
4. Hierro (10 mg. por litro) en cantidad suficiente para prevenir las anemias infantiles.
5. Cantidades uniformes de vitaminas A, B_1 y D (La vitamina C se obtiene del jugo de naranja).

ANALISIS COMPARATIVO DE LA LECHE MATERNA Y LA S.M.A.

Análisis Químico	*Leche Materna*	*S.M.A.*
Grasa	3.59%	3.5–3.6%
Proteínas	1.23–1.5%	1.5%
Carbohidratos (Lactosa)	7.57%	7%
Minerales	0.215–0.226%	0.38%
Hierro	0.00005%	0.001%
Calorías por onza (30 cc.)	20	20
Calorías por 100 cc.	68	68
Propiedades Físicas	*Leche Materna*	*S.M.A.*
Densidad	1.032	1.032
pH	6.97	6.8–7.0
Depresión del Punto de Congelación	−0.56° C.	−0.56–0.61° C.
Conductividad Eléctrica	0.0023	0.0022–0.0024
Contenido Vitamínico, U.I. por litro		
Vitamina A	6000–7000	7500
Vitamina B	200	200
Vitamina D	100	400

ETH INTERNATIONAL SMA LIMITED • NEW YORK

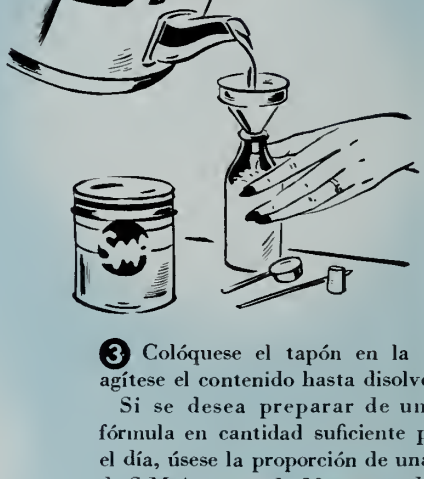
S.M.A. SIMPLIFICA LA ALIMENTACION INFANTIL

FIJESE CON QUE FACILIDAD SE PREPARA:



1 Para cada 30 gramos de leche que s desee, vacíese en la botella a través d embudo, el contenido de un medido lleno, apretado y raso de polvo S.M.A Se suministra un medidor con cada lat de S.M.A.

2 Por cada medida de polvo S.M.A. que se use, añádase 30 gramos de agua tibia (*no agua caliente*), que haya sido previamente hervida y enfriada a la temperatura deseada.





3 Colóquese el tapón en la botella agítese el contenido hasta disolverse.

Si se desea preparar de una vez l fórmula en cantidad suficiente para tod el día, úsese la proporción de una medid de S.M.A. por cada 30 gramos de agua.

S.M.A. se ofrece en latas que contienen 453 gramos cada una.

ESTABLECIDOS WYETH'S IN 1860

Producto elaborado por la División S.M.A. de Wyeth Incorporated.

WYETH INTERNATIONAL LIMITED

NEW YORK, N. Y. E. U. A.

Printed in U.S.A.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA
DE PUERTO RICO

Publicado mensualmente bajo la dirección de la Junta Editora

Año XXXVII | NOVIEMBRE, 1945 | Número 11

EL SINDROME DE WOLFF-PARKINSON-WHITE*

RAMON M. SUAREZ, M. D.
Santurce, P. R.

Informamos hoy el primer caso del síndrome de Wolff-Parkinson-White encontrado por nosotros en una serie de más de 2,100 electrocardiografías. No sabemos si la enfermedad es más rara en Puerto Rico que en otras partes del mundo o si es que por la benignidad del cuadro algunos casos pasan desapercibidos y no se estudian electrocardiográficamente.

El síndrome fué descrito hace sólo 15 años por Wolff, Parkinson y White[1]. Ya antes Wilson[2] (1915) había informado un caso en el cual, según el autor, "el vago influyó sobre la forma del complejo ventricular del electrocardiograma", otro caso fué informado por Wedd[3] (1921) y el tercero por Hamburger[4] (1929).

La condición parece ser poco frecuente ya que Hunter, Papp y Parkinson[5] al informar sus 19 casos en el 1940, encontraron sólo 90 casos reportados en la literatura médica mundial. Levine y Beeson[6] (1941) presentan tres casos, Bishop y Kimbro[7] (1944) presentan un caso, Eichert[8] (1944) informa un caso que clínicamente se confundía con infarto del miocardio, Moritt[9] (1945) presenta un caso y más recientemente, (1945), Rosenbaum, Hecht y Wilson[10] de Ann Arbor, usando las derivaciones unipolares precordiales y esofágicas, estudian diez casos y se inclinan a llamar el síndrome, "excitación atrioventricular anómala". Wolferth y Wood[11] dicen que se encuentra un caso en cada 1,000 electrocardiografías y el Capitán Stein[12] encontró tres casos en los electrocardiogramas de 933 pacientes.

El cuadro se caracteriza por lo siguiente:

1. Ocurre generalmente en personas jóvenes que sufren de taquicardia paroxística o de ataques de palpitaciones de origen heterotópico.
2. Ausencia total de signos físicos de enfermedad orgánica del corazón cuando la frecuencia del pulso es normal.
3. Peculiaridades electrocardiográficas tales como un intervalo P-R corto (de 0.08 a 0.10 de segundo) y un aumento en la duración del complejo QRS (de 0.10 a 0.12 de segundo).
4. El intervalo P-R y el complejo QRS regresan a la normalidad en algunos casos espontáneamente y en otros después del ejercicio, o después de la administración de atropina u otras drogas.

Es imposible reconocer esta anormalidad cardíaca sin el electrocardiograma, aunque según Levine, se puede sospechar

* Leído ante la asamblea de la Asociación Médica del Distrito d Ponce celebrada el 4 de noviembre de 1945.

su presencia si en pacientes jóvenes que padecen de ataques de palpitaciones podemos oir un aumento de intensidad en el primer sonido cardíaco, siempre y cuando hayamos podido eliminar la posibilidad de estenosis mitral, hipertiroidismo, anemia y fiebre.

Esta condición es más frecuente en los varones que en las hembras y el mayor número de casos ocurre en la segunda, tercera y cuarta décadas de vida. Es muy rara en personas de más de 50 años de edad. Tal parece que con los años se va normalizando la conductividad de la excitación eléctrica del corazón.

Otras anomalías electrocardiográficas que se observan con frecuencia son una R ancha y con empastamiento en su rama ascendente en DI y una S ancha en DIII. Aunque la T1 T2 son generalmente positivas, la T1 puede presentarse de bajo voltaje y hasta en desnivel negativo. La duración y la forma del complejo QRS puede variar entre días con o sin cambios en la frecuencia del ciclo cardíaco. Cuando se normaliza el mecanismo de conducción la P-R aumenta, lo que pierde la QRS. En otras palabras: la distancia entre la onda P y la S es siempre la misma, exista o no la anormalidad electrocardiográfica.

No se sabe aún con certeza cuál es el verdadero mecanismo de producción de este síndrome, aunque la mayoría de los cardiólogos se inclinan a aceptar la teoría de Wolferth y Wood de la existencia de una rama de conducción aberrante, que pudiera muy bien ser el llamado haz de Kent o alguna estructura muscular análoga. Esta teoría parece haber sido confirmada recientemente por experimentos en animales de laboratorio, pero todavía nos resta explicar por qué se encuentran en el corazón humano las bandas o puentes musculares como los descritos por Kent entre la aurícula y el ventrículo en un número mayor que los que exhiben la "excitación anómala atrioventricular".

Uno de los tres casos reportados por Levine y Beeson se había diagnosticado erróneamente como trombosis coronaria, otro se presentó como una emergencia cardíaca que respondió a la quinidina y el último presentó signos físicos de insuficiencia cardíaca cuando se permitió que el ataque de taquicardia se prolongara demasiado. Los tres casos de Levine y Beeson no presentaron taquicardia auricular paroxística o fibrilación auricular que es lo común, sino taquicardia ventricular paroxística. El caso del Teniente Eichert había sido considerado como de infarto del miocardio.

Nuestro caso, al igual que los de Bishop y Kimbro, no respondió al ejercicio ni a la atropina. Tampoco presentó evidencia positiva desde el punto de vista alérgico.

INFORME DEL CASO

M. N., señora casada de 40 años de edad, natural de Dijon, Francia y residente en Puerto Rico desde el 1923, nos consulta el 17 de agosto del corriente año.

Padece de ataques de taquicardia desde los 13 años de edad. En su juventud cuando jugaba mucho tennis y bailaba a menudo los ataques de palpitaciones se repetían con mayor frecuencia. Hace cuatro días le dió un ataque muy fuerte que le empezó como a las once de la noche y le duró hasta las cinco de la madrugada, (alrededor de seis horas). Fué atendida por el Dr. Llobet.

Su madre vive y goza de buena salud, el padre padecía del corazón y murió de angina pectoris.

Pasó el sarampión cuando niña, más tarde tuvo tifoidea, alguna que otra vez ha tenido "dolores reumáticos", pero no da

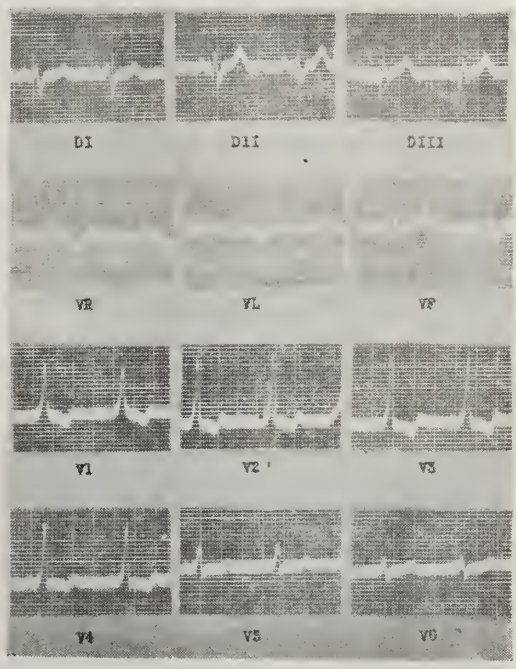
historia de tonsilitis, ni de estados agudos de poliartritis reumática. En el 1926 adquirió una bilharziosis bastante intensa, que aparentemente no afectó el aparato respiratorio y que fué adecuadamente tratada. Nunca ha sufrido de urticaria, de asma, de rinitis espasmódica, ni de ninguna otra condición alérgica. Tampoco existen tendencias alérgicas en sus familiares. Tiene una hija saludable de 21 años de edad. No tuvo abortos, no fuma, no usa licor. Toma café al desayuno y al almuerzo. No ha sufrido intervención quirúrgica alguna. Por tener una presión baja ha sido tratada con sulfato de Benzedrina de 2 a 5 milígramos diarios por dos años y medio.

Examen físico — es esencialmente negativo. Pesa 117½ libras. Presenta una moderada anemia hipocrómica, su presión sistólica es de 90 mm., la diastólica 60. Ojos, nariz, garganta y oídos negativos al igual que el corazón, pulmones y abdomen. Reflejos normales, piel y sistema glandular negativos. La capacidad vital fué de 2,600 cc. Examen de heces fecales, método de Rivas, para bilharzia fué negativo. También lo fueron las reacciones serológicas de Wassermann, Kahn y Kline. El tiempo de sedimentación 4 mm. en una hora.

El 25 de septiembre la volvemos a ver. No le han repetido los ataques de taquicardia, pero se queja de opresión en el pecho, alguna dificultad respiratoria y de "fallos" en los latidos del corazón.

El examen físico fué negativo otra vez y la presión había subido a 110 sistólica y 65 diastólica. La prueba de metabolismo basal fué normal. La teleradiografía tomada por el Dr. Blanes no reveló anormalidad alguna en el contorno y tamaño del corazón y grandes vasos.

El 13 de agosto tomamos dos electrocardiogramas usando las derivaciones de patrón y las unipolares de los miembros y precordiales. Para las dos primeras ajustamos la cuerda del galvanómetro de manera que un centímetro equivale a un milivoltio y para las precordiales un centímetro equivale a dos milivoltios. Usamos la central terminal de Wilson con la modificación de Goldberger. En todos los casos las deflecciones hacia arriba de la línea isoeléctrica indican positividad y negatividad las que están hacia abajo.

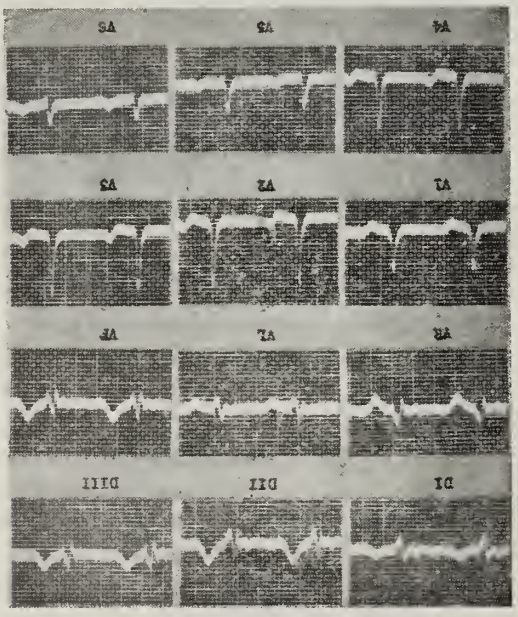


Gráfica I.
M. N. - 40 años de edad. 13 de agosto de 1945.

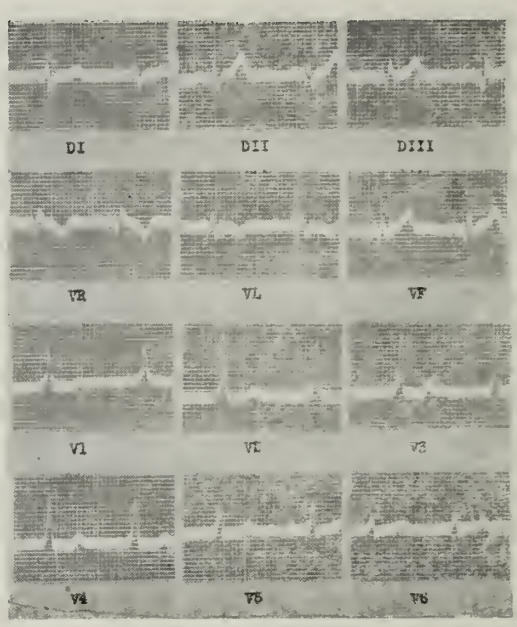
Descripción del electrocardiograma — La gráfica I, representa el electrocardiograma tomado el 13 de agosto de 1945. Tiene ritmo sinusal de 77 por minuto. Es difícil medir con exactitud el intervalo P-R, pero no hay duda de que en DI y DII, el intervalo P-R no llega a 0.10 segundo. La QRS aparece de bajo voltaje, tanto en las derivaciones de patrón como en las unipolares de los miembros. Su duración es de más de 0.12 segundo en DII. La R_1

demuestra marcado empastamiento en su rama ascendente. El eje eléctrico del corazón se encuentra desviado hacia la derecha y no hacia la izquierda como ocurre generalmente en el síndrome de Wolff-Parkinson-White. En las derivaciones precordiales el complejo QRS es de 0.12 segundo y existe ahí también marcado empastamiento en la base de la rama ascendente de R. No existe onda Q en las precordiales. La R es alta en todas las derivaciones del lado derecho y medio del precordio. Se observa onda S conspícua sólo en V6. La onda T en V1 es negativa y difásica *menos más* en V2, V3 y V4.

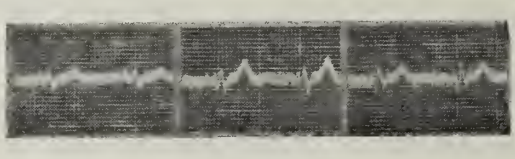
El bajo voltaje de la QRS en las derivaciones de patrón y en las potenciales de las extremidades y la desviación del eje hacia la derecha son peculiaridades de nuestro caso. La desviación hacia la derecha la explica Rosenbaum, Hecht y Wilson. Dicen estos investigadores que en algunos casos las variaciones potenciales de la pared posterior del corazón que



Gráfica II.
25 de septiembre de 1945.



Gráfica III.
25 de septiembre de 1945. Después de la administración de atropina.



Gráfica IV.
25 de septiembre de 1945. Después del ejercicio.

se activa más precozmente se trasmiten a la pierna izquierda, en lugar del brazo derecho, resultando por consiguiente la desviación del eje hacia la derecha. Eso explicaría las peculiaridades de la QRS en la DII, DIII y VF. El bajo voltaje de la QRS no es tan fácil explicarlo a menos que nuestro caso tenga también alguna lesión orgánica del miocardio hasta ahora indeterminada.

La gráfica II fué tomada un mes más tarde. No revela cambio alguno, ni se modifican las anormalidades electrocardiográficas después de la administración de atropina (gráfica III), ni después del ejercicio (gráfica IV).

RESUMEN:

Hemos informado un caso del síndrome de Wolff-Parkinson-White, también llamado de "excitación anómala atrioventricular" que presenta ciertas peculiaridades electrocardiográficas.

Creemos con Ashman y Hull[13] que cualquier electrocardiograma que presente en la DI una R con empastamiento en su rama ascendente, un complejo QRS ligeramente ensanchado y un intervalo P-R relativamente corto, debe considerarse dentro de este grupo de conducción anómala atrioventricular.

Nos parece que es conveniente tener en mente la posibilidad de este síndrome que siendo relativamente benigno puede confundirse clínicamente con el infarto del miocardio y electrocardiográficamente con el bloqueo clásico de rama.

NOTA:

Deseo expresar mi agradecimiento al Dr. Frank N. Wilson por su ayuda en la interpretación más exacta de estos electrocardiogramas y al Dr. Enrique Cabrera, del Instituto Nacional de Cardiología de México, D. F., con quien me iniciara en el estudio del electrocardiograma unipolar.

REFERENCIAS

1. *Wolff, L., Parkinson, J.* y *White, P. D.*, Bundle-Branch Block with Short P-R Interval in Healthy Young People Prove to Paroxysmal Tachycardia. Am. Heart J., 5:585, 1930.
2. *Wilson, F. N.*, A Case in which the Vagus Influenced the Form of the Ventricular Complex of the Electrocardiogram. Arch. Int. Med., 26:1008, 1915.
3. *Wedd, A. M.*, Paroxysmal Tachycardia. Arch. Int. Med., 27:571, 1921.
4. *Hamburger, W. W.*, Four Cases of Intraventricular Block Showing Some Interesting and Unusual Clinical Features. M. Clin. North America, 13:343, 1929.
5. *Hunter, A., Papp, C. y Parkinson, J.*, The Syndrome of Short P-R Interval, Apparent Bundle Branch Block and Associated Paroxysmal Tachycardia. Brit. Heart J., 2:107, 1940.
6. *Levine, Samuel A. y Beeson, Paul B.*, The Wolff-Parkinson-White Syndrome, with Paroxysmal Ventricular Tachycardia. Am. Heart J., 22:401, 1941.
7. *Bishop, Louis F. y Kimbro, Robert W.*, Short P-R Interval with Prolonged QRS Complex Associated with Paroxysmal Tachycardia. The Military Surgeon, 95:153, Aug., 1944.
8. *Eichert, Lt. Herbert*, Wolff-Parkinson-White Syndrome Stimulating Myocardial Infarction., Ann. of Int. Med. 21:907, 1944.
9. *Moritt, E. R.*, Some Observations on the Syndrome of Short P-R Interval with Long QRS.—Am. Heart J. 29:78, Jan., 1945.
10. *Rosenbaum, Francis F., Hecht, Hans H.* y *Wilson Frank N.*, The Potential Variations of the Thorax and the Esophagus in Anomalous Atrioventricular Excitation". Am. Heart J., 29.3:281, March, 1945.
11. *Wolferth, C. C.* y *Wood, F. C.*, The Mechanism of Production of Short P-R Intervals and Prolonged QRS Complexes in Patients with Presumably Undamaged Hearts, Am. Heart J., 8:297, 1933.
12. *Stein, Capt. M. H.*, Wolff-Parkinson-White Syndrome with Unusual Features.—Am. Heart J., 29:479, 1945.
13. *Ashman, R. y Hull, E.*, Essentials of Electrocardiography—The Macmillan Co., New York, 1944.

DISPLASIA FIBROTICA OSEA

M. GUZMAN-RODRIGUEZ, M. D.
y
E. BLAS FERRAIUOLI, M. D.
San Juan, P. R.

A partir del 1924, este interesante síndrome tumoral fué plenamente reconocido por el Comité del Colegio de Cirujanos — Ewing, Bloodgood, Codman — y oficialmente catalogado en la nomenclatura del registro de Sarcomas óseos, como una osteítis fibrosa quística, adscrita a la división de las condiciones inflamatorias.

Diez años más tarde, en los albores del 1934, comenzaron a reconocerse las manifestaciones pigmentarias de la piel, y los desórdenes endocrinos en conjunción con las lesiones esqueléticas. Estas observaciones aunque no lograron un reconocimiento definitivo de las peculiaridades anatomopatológicas de la entidad, sirvieron para separarla de las condiciones inflamatorias entre las cuales habían sido clasificadas.

Sin embargo, a despecho de todas las investigaciones, y siguiendo la inveterada política que desde los tiempos de Nelaton se ha entronizado en la nomenclatura de los procesos óseos, una docena de nombres inadecuados que surgieron al calor de las mismas investigaciones, ayudaron materialmente a que la natural confusión haya prevalecido.

Esta enfermedad consiste de una serie de focos quísticos, predominantemente en la metáfisis de los huesos largos, y una serie de signos clínicos de dudosa constancia pero de bizarras manifestaciones.

Las pigmentaciones color marrón de tendencia unilateral, los trastornos endocrinos de manifestaciones hipertiroideas y la pubertad precoz de las infantas, son los signos clínicos más comunes y más comentados por los observadores de todos los países.

La displasia fibrótica es una condición eminentemente quística, donde, aunque parezca paradójico, el quiste no es la condición fundamental. Aunque en repetidas ocasiones ha sido descrita como tal, no es una distrofia, ni es una osteitis, ni es una enfermedad de Recklinhausen. Sin embargo, de todas ellas tiene peculiaridades y características.

Es muy posible, que las diversas reacciones nutritivas, inflamatorias y quísticas que aparezcan en relación con las perturbaciones del mesenquimo y la displasia consecutiva, tome ocasionalmente inusitada personalidad, dando lugar a sensibles confusiones, según sea el predominio de uno de los factores. Pero lo fundamental y substantivo en esta enfermedad es la displasia del tejido conectivo.

Es conveniente recordar que en las clasificaciones de los tumores óseos del 1924, bajo la división de las condiciones inflamatorias, se catalogaron también, las diferentes condiciones quísticas y fibróticas de la enfermedad de Paget, la osteomalacia, el quiste solitario y todas aquellas enfermedades que se caracterizaban por quistes múltiples. Es comprensible por lo tanto, que gran parte de los observadores que estudiaron la enfermedad con posterioridad al 1934, relacionaran las manifestaciones displásicas con las reacciones peculiares de las osteitis y lesiones asociadas.

Merced a las investigaciones de Goldhamer[1] en Alemania, fué que la enfer-

medad adquirió moderna fisonomía. Fué este observador quien en el 1934 encontró, en conjunción con las lesiones esqueléticas, inequívocas aberraciones endocrinas. Casi simultáneamente, otros relatores vieneses, Borax y Doll[2] en un informe repleto de estimulantes especulaciones describieron al síndrome tumoral bajo el nombre de enfermedad unilateral de Recklinhausen.

En el 1937, Albright y sus colaboradores[3] la describieron en Estados Unidos con el nombre de Osteítis Fibrótica Diseminada, para distinguirla de la osteitis localizada, nombre bajo el cual se reconocía el quiste solitario. Albright no pudo lograr reconocimiento para el nombre que había propulsado, pero hay que reconocer que fué gracias a sus investigaciones que se aceptó la fase pigmentaria de la enfermedad.

Lichtenstein[4] en el 1938, adicionó a los signos clínicos anteriormente enumerados, las manifestaciones hipertiroideas; en colaboración con Jaffe[5] en 1942, reconociendo las peculiaridades monostóticas y poliostóticas de la entidad, acuñó felizmente el nombre de Displasia Fibrótica. Con dicho nombre, se abarcaron las realidades anatómicas de la enfermedad y se señaló de una manera razonable el posible factor etiológico. También este nombre tuvo el logro además, de separar definitivamente el cuadro displásico de las condiciones inflamatorias y sus variedades.

Lichtenstein consiguió también popularizar su tesis original de que la displasia representa una anomalía congénita del desarrollo, en contradicción con la hipótesis de Bremer[6] que sostiene que la secreción continuada del estrógeno, actuando através de las glándulas paratiroideas, es el factor etiológico responsable.

Albright y sus asociados, ya citados anteriormente, pusieron énfasis en la peculiar distribución de los quistes múltiples en aparente paralelismo con las raíces de los nervios en la distribución de los quistes, y la unilateralidad de la fase pigmentaria.

Para Adams, Compere y Jerome[7] los investigadores de la Universidad de Chicago, se trata exclusivamente de una lesión fibroquística regional limitada a cierta región o extremidad del esqueleto.

McCune y Bruch[8] propulsores de la tesis de que estas lesiones corresponden a las conocidas de la Osteodistrofia fibrótica, afirman que las perturbaciones endocrinas, pubertad precoz, y pigmentaciones de la piel forman una triada sintomática, con implicaciones de común origen como las lesiones esqueléticas. Lichtenstein en el análisis de sus casos y en la observación meticulosa de los casos de los otros relatores, creyó sin embargo que estas manifestaciones extra-esqueléticas solo tenían importancia en los casos graves y severos.

Coley y Stewart[9] en 1945 informaron 2 casos de tumores malignos con aparente metástasis pulmonar, originándose sobre una base de displasia fibrótica. Estas observaciones están en plena contradicción con las conocidas de Albright y otros investigadores.

Nuestra observación personal limitada a un solo caso, se contrae exclusivamente a las lesiones esqueléticas, que constituyen el factor común de la enfermedad. Uno de nosotros, (Guzmán Rodríguez) recuerda perfectamente, sin embargo, haber concurrido en un diagnóstico de Sarcoma del fémur izquierdo en un paciente que presentaba manchas color marrón extensas e inequívocas que se extendían desde la región glútea hacia la región dorsolumbar del mismo lado. Es nuestra impresión, que el reconocimiento clínico de la Displasia Fibrótica en ausencia de los in-

constantes signos extra-esqueletales ofrece grandes dificultades. En contradicción con Adams sostenemos que el examen roentgenológico dista mucho de presentar típicas peculiaridades, aunque puede y debe servir para eliminar la posibilidad de invasión maligna.

El examen microscópico de los tejidos, si eliminamos por ineficaz la biopsia por aspiración, puede ser definitivo en una mayoría de los casos. Un análisis meticuloso de nuestro caso y la revisión de la literatura existente, nos da la impresión sin embargo, que existen grandes posibilidades de confusión entre la displasia y los tumores malignos.

Enfermedades que en sus problemas de diagnóstico conllevan la responsabilidad de decisión con respecto a la conservación o pérdida de la vida del paciente ó la conservación o pérdida de útiles y necesarias extremidades, justifican la información y análisis de cualquier caso que se presente. Con esta justificación, abordamos nuestro informe.

CASUISTICA

D. E., varón, de 22 años de edad, fué admitido al hospital el 18 de mayo de 1945 con el diagnóstico de tumor maligno del tercio medio de la tibia derecha. El paciente se había sentido perfectamente bien hasta diciembre de 1944, fecha en que comenzó a sentir dolor sordo pero persistente acompañado de sensación de hormigueo en la base del cuarto metatarsiano derecho.

En marzo de 1945, 3 meses más tarde, sintió vagos dolores sobre el aspecto anterior de la tibia y una semana antes de su admisión notó por primera vez ciertas irregularidades en el contorno del area afectada

Examen Físico: El paciente es un joven bien desarrollado, y aparenta gozar de completo bienestar físico. Las extremidades inferiores no acusan diferencia de longitud, ni atrofia aparente. Las glándulas inguinales discretas e indoloras. Hay una leve irregularidad sobre el borde anterior de la tibia derecha donde el paciente acusa dolor a la presión. La piel no demuestra pigmentaciones anormales. Corazón y pulmones normales. La presión sanguínea es 120/74, la temperatura 98.6 y pulso 82.

Estudio Laboratorio: La química de la sangre suministró los siguientes datos:

Fósforo 3 mgm 100.
Calcio 10.8/100
Fosfatos alcalinos 4.3 unidades Bodanski
Fosfatos ácidos 0.4 unidades Jones Rinhart
Proteínas totales 7%
Albúmina 4.2%
Globulina 2.8%
A G (Relación de la albumina y Globulina) Ratio 1.5%
El examen de la sangre revela 4,210.000 corpúsculos rojos
6,300 células blancas
Hemoglobina 15.4
Polis. 51%
Linf. 31%
Eos 10%
Kahn — negativo
La orina no reveló anormalidad alguna.

Estudio Roentgenológico: Las placas revelan focos monostóticos de rarefacción metafisaria y localización medular en los tercios superior inferior y medio de la tibia derecha. La cortéza ósea expandida a trechos y en algunos segmentos definitivamente adelgazada con bordes intactos. Algunos de los focos de apariencia quística no demuestran reticu-



FIGURA 1.
Focos monostóticos de rarefacción en los tercios superior, inferior y medio de la tibia derecha. Vista antero-posterior.

lado óseo en su sombra central, los más, demuestran trabéculas óseas relativamente finas superimpuestas en zonas de densidad disminuída y sembrada de diminutos focos de más intensa rarefacción.

Impresión: Degeneración quística. Carácter benigno. Las placas del fémur, tórax, pelvis y cráneo no revelan anormalidad ósea alguna.

Operación: Bajo anestesia espinal y através de una incisión de nueve pulgadas sobre el borde anterior de la tibia, el hueso fué descubierto y el periostio encontrado normal. Por medio de disección subperiosteal, se expuso toda la lesión ósea. La corteza apareció fina, ligeramente levantada, pero íntacta. Al removerse la corteza se encontró una substancia amarillenta de consistencia de cera blanda y moldeable, que reemplazaba el tejido óseo normal. Esta substancia fué removida completamente y las paredes de las cavidades cuidadosamente curetadas. Estas cavidades no eran típicas de quistes. Estas fueron rellenas con astillas de hueso autógeno, obtenidas de la cresta ilíaca derecha.



FIGURA 2.
Corteza ósea expandida a trechos, definitivamente adelgazada pero con bordes intactos. Vista lateral derecha.

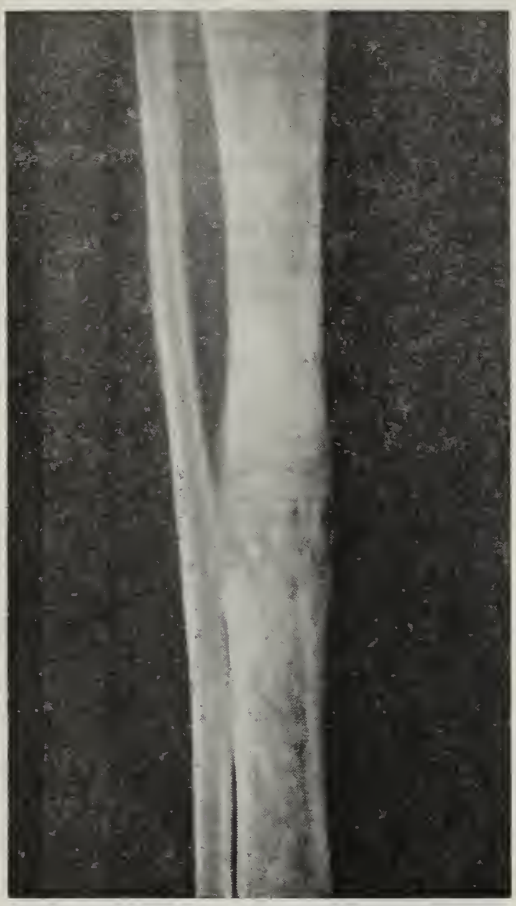


FIGURA 3.
Placa tomada 3 meses después de la operación. Astillas de hueso autógeno obtenidas de la cresta ilíaca derecha, llenan las cavidades curetadas.

Informe Patológico: El laboratorio del Departamento Médico de las Antillas sometió el siguiente informe: Fibromixo Carcinoma Secundario.

El laboratorio del Museo Médico de Washington hizo la siguiente observación al reconsiderar el informe anterior, después de meticuloso estudio del tejido: Lesión benigna, Displasia Fibrótica.

RESUMEN Y COMENTARIOS:

1. Presentamos un caso de Displasia Fibrótica en un joven de 22 años que no presenta fase pigmentaria ni perturbaciones endocrinas.

2. La lesión congénita no presentó manifestación sintomática alguna, hasta que el paciente fué sometido a riguroso entrenamiento militar.

3. Las lesiones del presente caso no pueden ser clasificadas como graves y severas, apesar de su extensión monostótica, debido a la aùsencia de lesiones extra-esqueléticas concomitantes.

4. El cuadro radiológico no presenta peculiaridades típicas que evidencien un diagnóstico inequívoco. Puede y debe excluirse en ausencia de infiltración invasiva y origen medular, la posibilidad de malignidad primaria.

5. El cuadro clínico, en presencia de fase pigmentaria, perturbaciones endocrinas y pubertad precoz, no presenta dificultad en su reconocimiento.

6. El reconocimiento histopatológico de las lesiones esqueléticas puede presentar grandes dificultades, especialmente en la diferenciación de los tumores malignos secundarios.

7. La Displasia Fibrótica se ha confundido además del Sarcoma Primitivo y Fibromyxoma Secundario, con la enfermedad de Paget, con el tumor de células gigantes, con la osteomalacia, con las lesiones condromatosas y con la enfermedad de Recklinhausen.

8. Las fracturas espontáneas generalmente se presentan en aquellos casos donde las lesiones cavitarias, además de extensas y profundas tienen amplia comunicación con las de los demás sectores del hueso afectado. En el presente caso, uno de nosotros (Ferraiuoli) encontró comunicación entre las del sector superior y medio.

9. Aunque diferimos de la afirmación de ciertos observadores que sostienen que la frecuencia de la Displasia Fibrótica es sólo secundaria en frecuencia a la exostosis múltiple, creemos que un estudio consciente en los dominios de la Pediatría alrededor de esta interesante anomalía ha de ser de estimulantes enseñanzas.

BIBLIOGRAFIA

1. *Goldhamer, K.*, Osteodystrophia, fibrosa unilateralis citado por Lichtenstein.
2. *Borax, J.*, and *Doll, B.*, citado por Coley y Stewart.
3. *Albright, F., Butler, A. M., Hampton, A. O.* and *Smithy, P.*, Syndrome characterized by Osteitis Fibrosa Disseminata Areas of Pigmentation and Endocrine Dysfunction with Precocious Puberty in Females. N. E. J. Med., 216, 727, 1937.
4. *Lichtenstein*, Louis, Poliostatic Fibrous Dysplasia, Arch. Surg., 36, 874, 1938.
5. *Lichtenstein, L.*, and *Jaffe, Henry L.*, Fibrous Displasia of Bone, Arch. Pathol., 33, 777, 1942.
6. *Brewer, J. L.*, Archives of Pathology 32:200—1941.
7. *Adams, C. O., Compere, E. L.*, and *Jerome J.*, Surg. Gyn. and Obst. 71:22, 1940.
8. *McCune, D. Jand Bruch H.*, Am. Journal Diseases of Children, 54:806, 1937.
9. *Coley, B. L.*, and *Stewart, F. W.*, Bone Sarcoma in Poliostatic Fibrous Dysplasia, Ann. of Surg., 121, 872, 881, 10145.

MORTALITY FROM HEART DISEASE IN THE UNITED STATES AND PUERTO RICO

COMPARISON OF VITAL STATISTICS

MANUEL DE LA PILA, M. D.

Ponce, P. R.

In a previous paper[1], read before a meeting of the Ponce District Medical Association in 1943, the death rate from heart disease in Puerto Rico, for the years 1915 to 1941, was analyzed. It was concluded that the apparently increasing trend in the mortality rate during 1932-41 is probably explained by the aging of the population in Puerto Rico, after adjusting the rates for age differences for that ten year period.

In the present report the vital statistics of the United States and Puerto Rico will be compared as to mortality rate from heart disease, without considering the yearly trend of increase or decrease.

1. *Pila Iglesias M.*, Mortality from Heart Disease in Puerto as shown by Vital Statistics, P. R. Journ. P. H. and Trop. Med., March, 1944.

TABLE I

Death Rates per 100,000 Population from Some of the Most Important Disease Conditions Puerto Rico—1915-1941, Inclusive

Causes of death	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
Diarrhea and enteritis	416.9	479.1	666.7	482.1	365.5	402.4	393.0	410.2	338.7	317.6	363.7	396.1	405.8	486.0
Tuberculosis	173.3	193.5	216.0	211.7	185.4	202.2	202.9	199.1	199.1	203.8	226.2	298.6	251.9	261.3
Bronchitis	116.4	119.0	161.3	134.3	129.2	121.4	130.1	109.1	82.2	79.5	105.3	92.2	78.7	92.4
Pneumonia	117.7	128.2	165.1	236.7	182.2	191.6	214.4	198.0	173.5	158.8	240.6	166.2	162.0	202.4
Nephritis	109.0	133.6	175.9	150.4	135.6	127.5	112.0	115.3	104.7	99.6	134.9	141.7	156.4	167.3
Malaria	93.4	133.3	144.0	120.6	123.4	118.7	96.6	81.5	66.7	85.8	112.3	140.2	129.2	144.2
Heart disease	78.2	86.0	108.9	89.2	76.0	83.6	74.4	76.9	69.0	70.9	84.1	88.5	92.9	101.5
Cancer	28.6	29.6	35.0	27.8	27.4	28.5	27.0	31.0	33.0	33.5	36.7	36.4	39.0	41.2

Causes of Death	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941
Diarrhea and enteritis	529.9	327.2	338.3	408.2	463.0	362.8	368.6	488.1	477.4	419.1	399.7	416.4	420.2
Tuberculosis	302.1	263.2	275.5	297.3	337.2	308.3	368.5	305.3	387.1	274.5	258.4	260.9	242.8
Bronchitis	80.8	57.6	51.9	59.5	56.5	38.9	44.3	35.5	51.8	40.1	38.9	32.4	23.8
Pneumonia	198.0	173.8	199.0	232.5	187.8	146.0	155.5	161.9	187.8	176.0	177.9	169.7	160.0
Nephritis	205.6	133.8	124.5	137.4	149.6	130.8	133.7	125.1	127.5	112.7	108.7	108.7	107.6
Malaria	137.9	121.7	203.7	174.9	200.7	152.8	126.2	141.4	129.5	108.7	89.1	97.0	124.6
Heart disease	132.5	103.0	93.1	107.2	116.2	104.2	97.4	114.0	116.6	119.8	116.2	125.8	117.3
Cancer	39.0	36.1	42.9	43.5	45.9	47.1	50.3	52.0	48.7	51.8	53.8	51.9	54.2

Table I shows that heart disease as a cause of death in Puerto Rico, from 1915 to 1941, ranked as follows:

1915-22 — seventh
1923 — sixth
1924-26 — seventh
1927-37 — sixth
1938 — fifth
1939-40 — fourth
1941 — fifth

TABLE II

Death Rate from Chief Causes, in U. S. per 100,000 Population

CAUSE	1915	1916	1917	1918	1919	1920	1921	1922	1923	1924	1925	1926	1927	1928
ALL CAUSES	1335.0	1404.3	1425.5	1809.1	1287.4	1303.8	1158.2	1173.9	1219.7	1173.0	1184.1	1225.4	1193.4	1206.6
HEART	165.7	168.7	171.7	170.1	146.7	159.1	156.3	164.6	173.8	176.5	185.7	199.5	196.0	208.2
PNEUMONIA	133.1	137.8	150.5	286.2	123.5	137.0	87.9	101.1	108.1	97.3	93.7	102.7	80.6	98.2
TUBERCULOSIS	123.5	119.9	124.6	128.6	107.5	97.0	85.6	84.3	81.3	78.0	75.9	76.6	71.4	70.3
NEPHRITIS	105.1	106.6	107.9	97.6	98.1	89.2	85.0	87.9	89.3	88.8	96.5	98.5	92.6	95.2
CANCER	81.4	82.1	82.0	80.3	80.5	83.2	85.6	86.2	88.7	91.1	92.8	95.1	95.7	96.1
APOPLEXY	81.2	82.9	84.5	81.2	78.6	81.7	80.6	82.9	86.9	88.9	81.0	82.8	80.4	83.4
AUTO. FATAL.	5.9	7.3	9.0	9.3	9.4	10.4	11.4	12.4	14.7	15.5	17.1	18.0	19.6	20.8
DIABETES	17.5	17.1	17.0	15.9	14.9	16.0	16.8	18.3	17.7	16.4	16.9	18.0	17.5	19.0
SUICIDES	16.7	14.2	13.4	12.2	11.4	10.2	12.5	11.8	11.5	12.1	12.1	12.8	13.3	13.6
APPENDICITIS	12.5	12.8	12.6	12.2	11.8	13.4	14.4	14.1	14.7	14.8	15.2	15.0	15.0	15.3
CIRRHOSIS	12.6	12.3	11.4	9.6	7.9	7.1	7.4	7.5	7.2	7.4	7.3	7.2	7.5	7.6
HOMICIDES	7.0	7.1	7.7	6.8	7.5	7.1	8.5	8.3	8.1	8.4	8.6	8.8	8.8	8.8
ALCOHOLISM	4.4	5.8	5.2	2.7	1.6	1.0	1.8	2.6	3.2	3.2	3.6	3.9	3.9	4.0

Death Rate from Chief Causes, in U. S. per 100,000 Population

CAUSE	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936	1937	1938	1939	1940	1941
ALL CAUSES	1191.9	1133.9	1107.0	1087.8	1067.1	1103.2	1092.2	1151.8	1122.1	1060.9	1062.7	1076.4	1048.5
HEART	210.8	213.6	212.6	223.4	227.7	239.9	244.9	265.8	268.1	268.9	271.6	292.5	289.7
PNEUMONIA	91.7	83.3	81.2	76.9	69.1	79.4	81.9	93.0	85.1	67.5	75.7	70.3	63.7
TUBERCULOSIS	67.5	63.4	60.7	56.4	53.6	51.1	49.8	50.6	49.0	44.6	47.2	45.9	44.4
NEPHRITIS	91.2	90.8	87.1	87.1	82.9	84.2	81.2	83.2	79.6	77.2	83.1	81.5	75.0
CANCER	95.9	97.3	98.9	102.0	102.2	106.2	107.9	111.0	112.0	114.6	117.8	120.3	120.0
APOPLEXY	82.1	81.0	79.0	79.3	75.8	77.3	76.6	90.8	86.5	85.7	88.0	90.9	89.0
AUTO. FATAL	23.3	24.5	25.1	21.9	23.5	26.8	26.8	27.8	28.8	23.5	24.8	26.2	30.0
DIABETES	18.8	19.0	20.4	17.4	21.3	22.1	22.2	23.7	23.7	23.8	25.6	26.6	25.4
SUICIDES	14.0	15.7	16.8	14.2	15.9	14.9	14.3	14.2	14.9	15.2	14.2	14.4	12.8
APPENDICITIS	15.2	15.3	15.2	7.2	14.1	14.3	12.7	12.8	11.9	11.0	10.8	9.9	8.1
CIRRHOSIS	7.2	7.2	7.4	9.2	7.4	7.7	7.9	8.2	8.5	8.5	8.3	8.6	8.9
HOMICIDES	8.5	9.0	9.3	2.5	9.6	9.5	8.3	8.0	7.6	6.8	6.4	6.2	5.9
ALCOHOLISM	3.7	3.5	3.3	2.5	2.6	2.9	2.6	2.9	2.6	2.0	2.0	1.9	1.8

This table shows that among the chief causes of death in the United States, heart disease occupied first place from 1914-1938 (inclusive) with the exception of 1918, when heart disease occupied second place.

TABLE III

DEATH RATES PER 100,000 POPULATION, FOR DISEASES OF THE HEART, BY STATES

1934 — 1935

STATES	1934	1935	1936	1937	1938
ALABAMA	149.9	140.3	155.9	163.3	169.8
ARIZONA	150.1	170.4	184.2	194.3	175.8
ARKANSAS	107.5	111.4	124.6	132.4	132.2
CALIFORNIA	294.2	312.3	315.3	342.9	334.8
COLORADO	212.5	236.2	245.0	255.2	249.8
CONNECTICUT	295.9	296.3	315.7	316.2	325.3
DELAWARE	359.3	335.0	350.4	351.3	365.5
FLORIDA	223.2	213.9	233.5	232.5	243.1
GEORGIA	165.4	166.2	181.0	168.6	177.9
IDAHO	172.9	183.3	211.7	198.3	209.5
ILLINOIS	277.5	285.4	323.8	316.0	318.3
INDIANA	273.3	275.4	300.1	298.5	296.7
IOWA	220.9	227.6	252.5	239.2	254.7
KANSAS	216.2	227.5	251.6	244.1	245.1
KENTUCKY	192.5	193.0	216.7	216.4	211.7
LOUISIANA	191.5	195.8	217.4	224.7	230.6
MAINE	315.8	335.3	355.2	365.3	345.1
MARYLAND	267.4	266.2	292.3	300.1	309.2
MASSACHUSETTS	331.9	339.3	365.7	370.5	370.5
MICHIGAN	250.9	267.0	290.3	275.6	276.6
MINNESOTA	221.1	217.6	244.9	234.2	243.4
MISSISSIPPI	118.6	130.7	148.6	147.0	151.4
MISSOURI	249.9	242.6	277.0	267.0	268.3
MONTANA	208.5	237.8	227.8	253.8	237.3
NEBRASKA	200.3	208.2	233.2	230.0	222.1
NEVADA	246.0	213.6	281.4	277.2	290.0
NEW HAMPSHIRE	340.8	372.7	382.3	405.6	399.0
NEW JERSEY	296.6	297.2	319.8	331.4	336.4
NEW MEXICO	104.2	113.0	117.1	122.3	127.6
NEW YORK	322.7	325.6	347.5	356.3	359.9
NORTH CAROLINA	162.1	159.9	177.2	170.9	170.0
NORTH DAKOTA	163.0	155.0	172.3	174.3	164.3
OHIO	251.8	260.2	279.2	280.7	278.0
OKLAHOMA	116.6	132.2	147.0	146.4	152.6
OREGON	257.7	273.1	271.9	274.9	279.3
PENNSYLVANIA	285.3	291.4	313.8	323.0	318.4
RHODE ISLAND	315.5	329.5	354.1	362.3	353.4
SOUTH CAROLINA	168.5	179.7	188.1	193.5	196.5
SOUTH DAKOTA	170.4	158.6	171.5	184.8	177.9
TENNESSEE	147.8	148.7	167.1	164.7	167.3
TEXAS	142.4	150.9	165.9	168.1	170.3
UTAH	190.9	197.1	211.4	226.0	230.4
VERMONT	346.6	329.1	377.8	377.8	360.1
VIRGINIA	227.4	230.4	249.6	247.7	244.6
WASHINGTON	260.7	266.6	284.3	292.0	295.1
WEST VIRGINIA	154.1	163.4	182.5	181.1	171.1
WISCONSIN	233.6	284.4	280.6	275.8	279.1
WYOMING	163.6	181.2	202.2	209.6	209.8
DISTRICT OF COLUMBIA	351.8	356.9	361.1	343.3	338.6
PUERTO RICO	104.2	97.4	114.	116.6	119.8

This table shows that mortality from heart disease during the years 1934 to 1938 inclusive, has always been greater in each and every State of the Union than in Puerto Rico.

TABLE IV

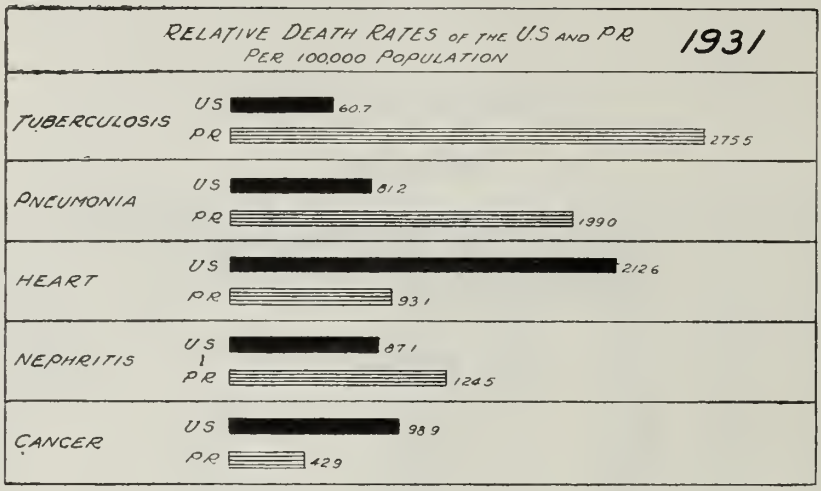
RELATIVE DEATH RATES FROM HEART DISEASE PER 100,000 POPULATION COMPARISON BETWEEN UNITED STATES (CONTINENTAL) AND PUERTO RICO

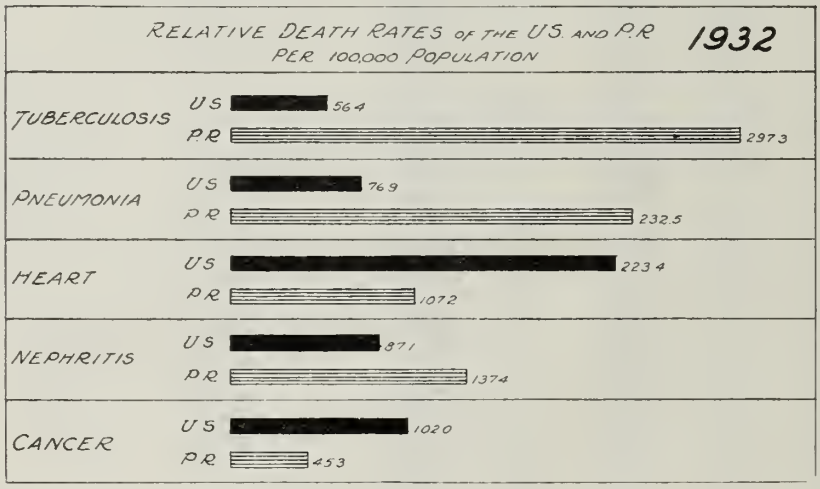
YEAR	UNITED STATES (CONTINENTAL)	PUERTO RICO
1915	163.9	78.2
1916	167.2	86.0
1917	169.9	108.9
1918	117.6	89.2
1919	147.9	76.0
1920	159.6	83.6
1920	156.2	78.2
1922	165.0	76.9
1923	174.0	69.0
1924	175.7	70.9
1925	184.8	84.1
1926	198.6	88.5
1927	195.3	92.9
1928	207.7	101.5
1929	211.2	132.5
1930	214.2	103.0
1931	212.6	93.1
1932	223.4	107.2
1933	227.7	116.2
1934	239.9	104.2
1935	244.9	97.4
1936	265.8	114.0
1937	268.1	116.6
1938	268.9	119.8
1939	275.5	116.2
1940	292.5	125.8
1941	289.7	117.3

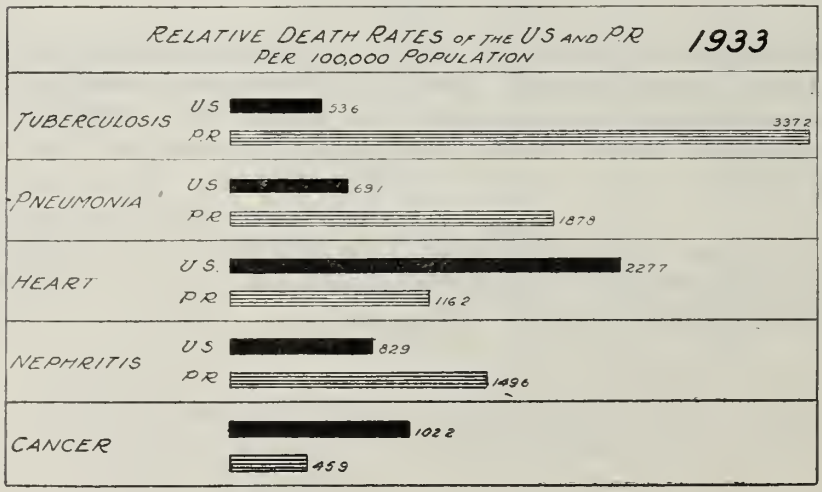
This table shows that during the period from 1915 to 1941 (inclusive), mortality from heart disease has always been greater in continental United States than in Puerto Rico.

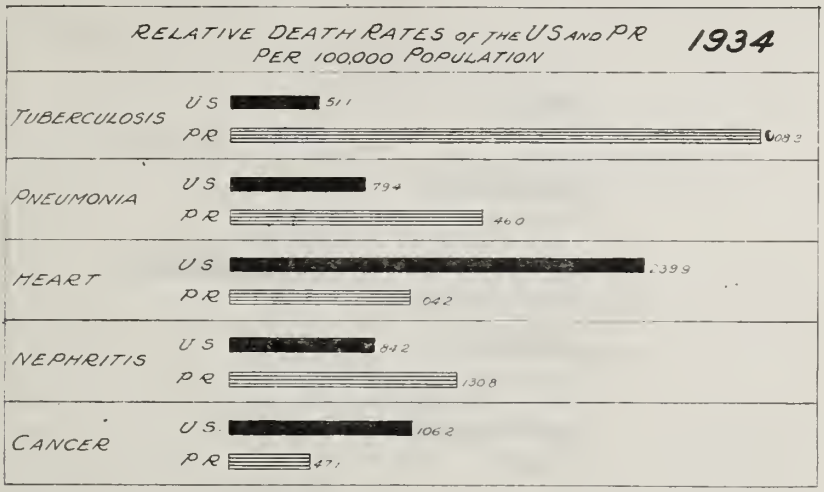
The relative death rates of principal diseases in the United States and Puerto Rico are shown herein in graphic form.

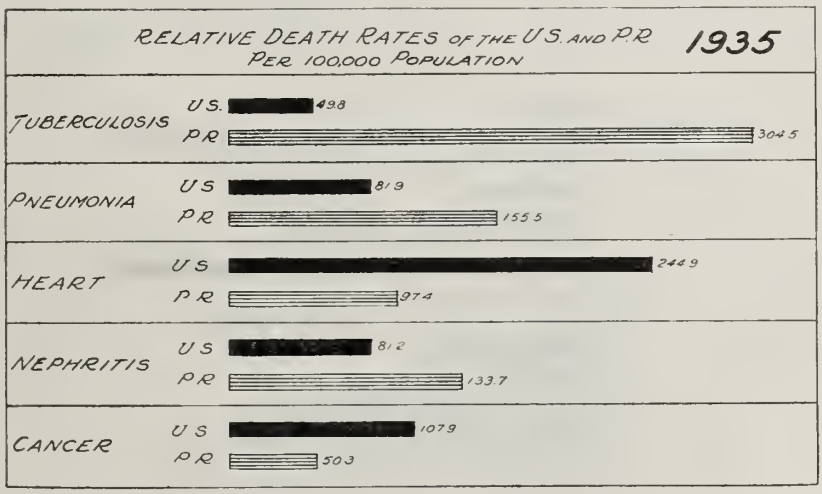
These graphs show that mortality from tuberculosis, pneumonia and nephritis for the years 1931 to 1940 has always been greater in Puerto Rico than in continental United States. On the other hand, mortality from heart disease and cancer during the same period has always been lower in Puerto Rico than in continental United States.

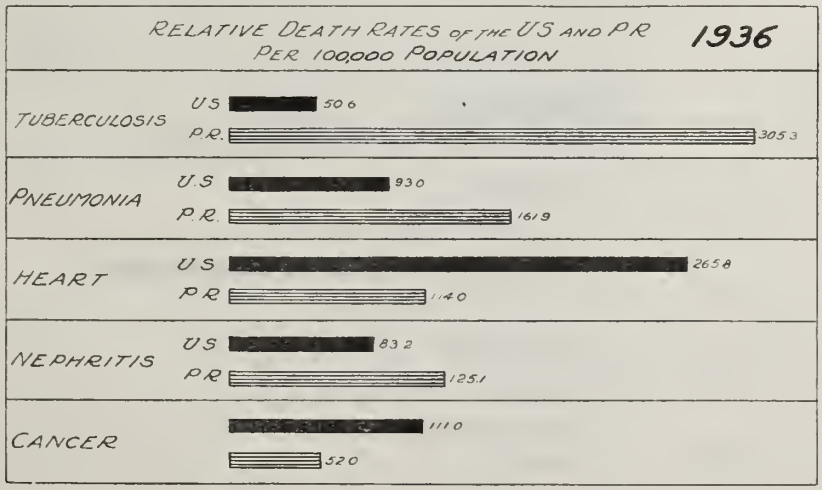

RELATIVE DEATH RATES OF THE U.S AND P.R
PER 100,000 POPULATION
1931
TUBERCULOSIS
US 60.7
P.R 275.5
PNEUMONIA
US 81.2
P.R 199.0
HEART
US 212.6
P.R 93.1
NEPHRITIS
US 87.1
P.R 124.5
CANCER
US 98.9
P.R 42.9

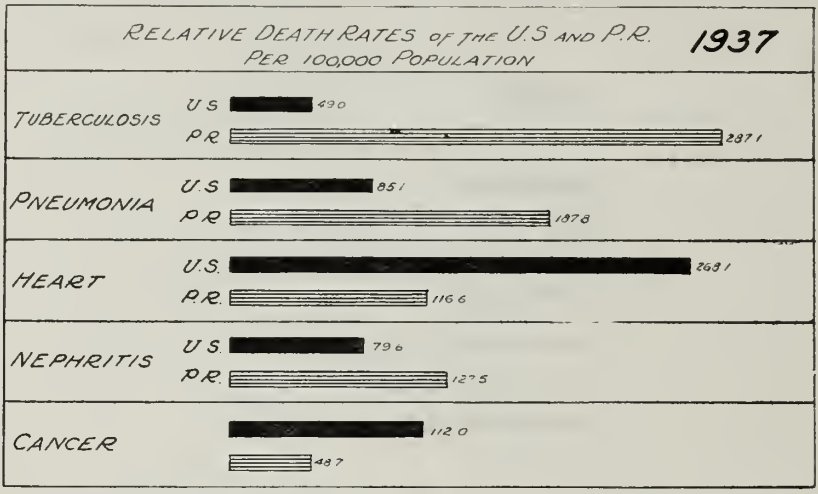

RELATIVE DEATH RATES OF THE U.S. AND P.R
PER 100,000 POPULATION
1932
TUBERCULOSIS
US 56.4
P.R 297.3
PNEUMONIA
US 76.9
P.R 232.5
HEART
US 223.4
P.R 107.2
NEPHRITIS
US 87.1
P.R 137.4
CANCER
US 102.0
P.R 45.3

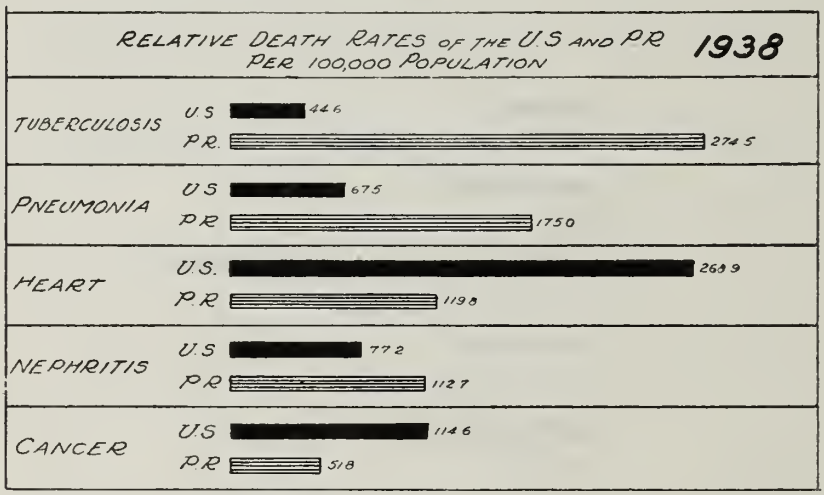

RELATIVE DEATH RATES OF THE U.S AND P.R
PER 100,000 POPULATION
1933
TUBERCULOSIS
US 53.6
P.R 337.2
PNEUMONIA
US 69.1
P.R 187.8
HEART
U.S. 227.7
P.R 116.2
NEPHRITIS
US 82.9
P.R 149.6
CANCER
102.2
45.9

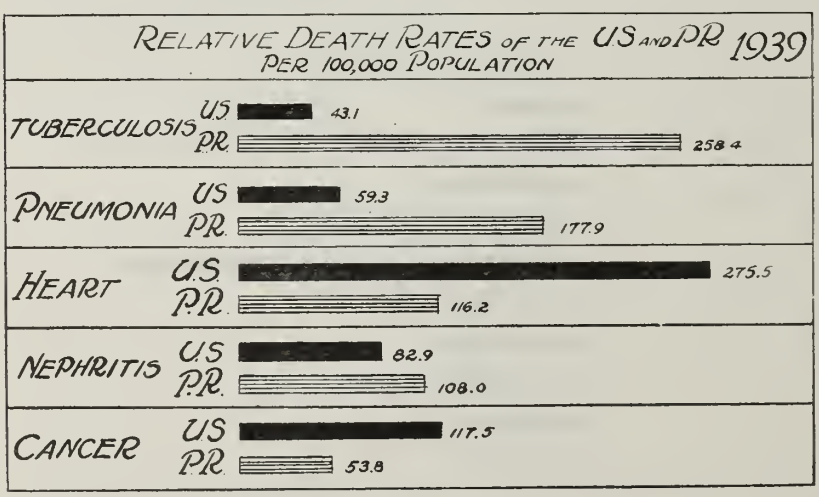

RELATIVE DEATH RATES of the U.S. and P.R
PER 100,000 POPULATION
1934
TUBERCULOSIS
U.S. 51.1
P.R. 109.3
PNEUMONIA
U.S. 79.4
P.R. 46.0
HEART
U.S. 139.9
P.R. 64.2
NEPHRITIS
U.S. 84.2
P.R. 130.8
CANCER
U.S. 106.2
P.R. 47.1

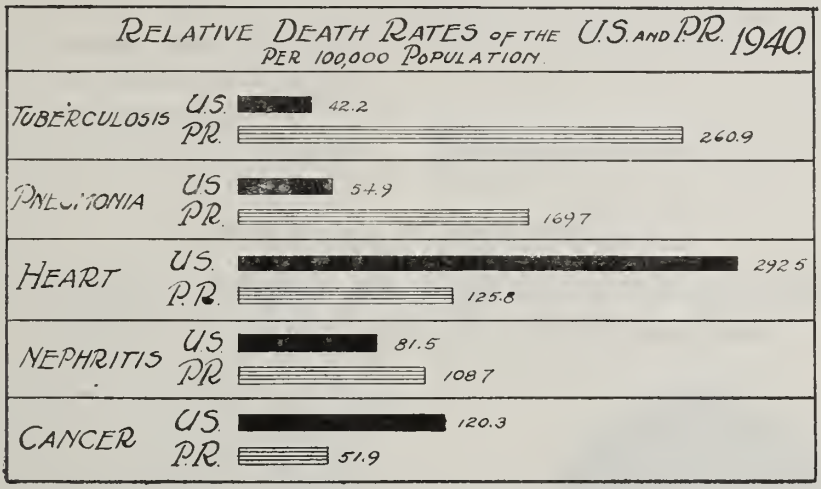

RELATIVE DEATH RATES of the U.S. and P.R
PER 100,000 POPULATION
1935
TUBERCULOSIS
U.S. 49.8
P.R. 304.5
PNEUMONIA
U.S. 81.9
P.R. 155.5
HEART
U.S. 244.9
P.R. 97.4
NEPHRITIS
U.S. 81.2
P.R. 133.7
CANCER
U.S. 107.9
P.R. 50.3


RELATIVE DEATH RATES of the U.S. and P.R
PER 100,000 POPULATION
1936
TUBERCULOSIS
U.S. 50.6
P.R. 305.3
PNEUMONIA
U.S. 93.0
P.R. 161.9
HEART
U.S. 265.8
P.R. 114.0
NEPHRITIS
U.S. 83.2
P.R. 125.1
CANCER
111.0
52.0

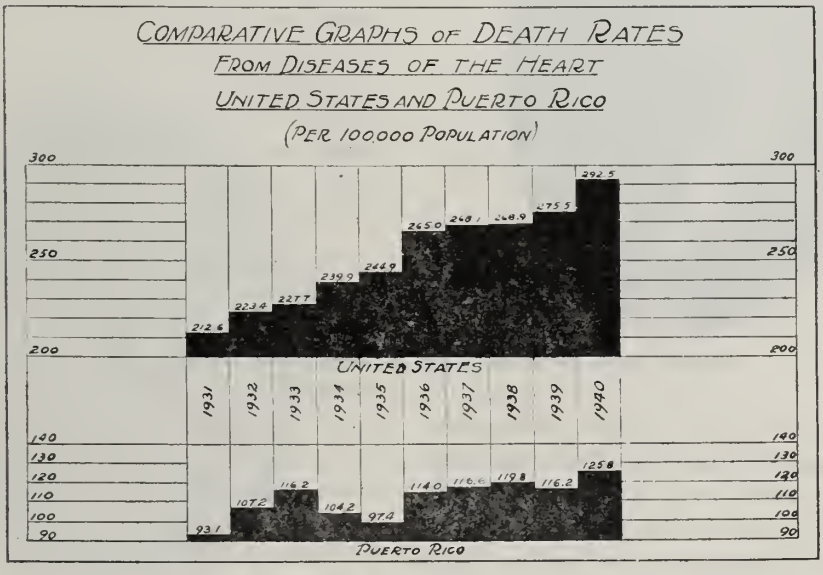

RELATIVE DEATH RATES OF THE U.S AND P.R.
PER 100,000 POPULATION
1937
TUBERCULOSIS
U.S 49.0
P.R. 287.1
PNEUMONIA
U.S. 85.1
P.R. 137.8
HEART
U.S. 268.1
P.R. 116.6
NEPHRITIS
U.S. 79.6
P.R. 127.5
CANCER
112.0
48.7


RELATIVE DEATH RATES OF THE U.S AND P.R
PER 100,000 POPULATION
1938
TUBERCULOSIS
U.S 44.6
P.R. 274.5
PNEUMONIA
U.S 67.5
P.R 175.0
HEART
U.S. 263.9
P.R 119.8
NEPHRITIS
U.S 77.2
P.R 112.7
CANCER
U.S 114.6
P.R 51.8


RELATIVE DEATH RATES OF THE US AND PR
PER 100,000 POPULATION
1939
TUBERCULOSIS
US 43.1
PR. 258.4
PNEUMONIA
US 59.3
PR. 177.9
HEART
U.S. 275.5
P.R. 116.2
NEPHRITIS
U.S 82.9
P.R. 108.0
CANCER
US 117.5
PR. 53.8



These comparative graphs show a steady increase in deaths from heart disease in the United States, and a favorable decline in Puerto Rico in the years 1934-35. This decline coincides with the economic readjustment of that period.



CONCLUSIONS

1. The death rate from heart disease in Puerto Rico during the period of 1915 to 1941 rose from the seventh to the fourth and fifth places. In the United States it occupied the first place.

2. Heart disease mortality during 1931 to 1940 has always been greater in United States than in Puerto Rico, the disproportion being smaller in 1933 and greatest in 1935.

3. A study of mortality from heart disease in Puerto Rico during the period

of 1931 to 1940, shows that it changes in relation to the economic situation of the island.

4. A comparison of death rate from heart disease in Puerto Rico with that revealed in the United States during 1934 to 1938 shows that mortality from heart disease in this island has always been considerably lower than that found in each and every State of the Union.

HUESPEDES DE LA ASOCIACION MEDICA DURANTE LA CUADRAGESIMASEGUNDA ASAMBLEA ANUAL



DR. ISAAC ALEXANDER BIGGER

Presentamos al Dr. Isaac Alexander Bigger, quien visitará nuestra Isla como huésped de honor de la Asociación Médica de Puerto Rico, para participar en el programa científico que con motivo de la asamblea anual de esta colectividad tendrá lugar en esta capital del 12 al 16 de diciembre.

El Dr. Bigger nació el 25 de junio de 1893, en Bethal, S. C., siendo sus padres el Dr. Isaac Alexander Bigger y la Sra. Mary Neel Johnston recibió su doctorado en medicina en la Universidad de Virginia en el año 1919, e hizo su internado en el Hospital de la misma Universidad. Del año 1919 al 20 actuó como cirujano residente asistente, y del 1920 al 1922 ocupó una plaza de cirujano residente. Del 1922 al 1923 desempeñó el cargo de Instructor de cirugía en el Colegio Médico de Virginia, y del 1923 al 1927 actuó como profesor asistente. Del 1927 al 1930 fué profesor asociado en cirugía en la Universidad de Vanderbildt, y en el 1930 volvió al Colegio Médico de Virginia, donde ha venido desde entonces actuando como profesor de cirugía y cirujano jefe del Hospital de la Universidad.

El Dr. Bigger es miembro del Colegio Americano de Cirujanos, de la Asociación de Cirujanos del Sur, de la Asociación Americana de Cirugía torácica, de la Asociación de Cirujanos del Este, que presidió en el 1937-38, de la Sociedad del Sur de Cirujanos Clínicos, de la cual fué presidente en el 1937-38, de la Asociación Médica Americana, de la Asociación Médica de Virginia, de la Academia de Ciencias de Virginia. Pertenece a las siguientes fraternidades: Sigma Xi, Alpha Omega Alpha, Kappa Sigma, Nu Sigma Nu.

En colaboración con el Dr. J. Shelton Horslley escribió la obra "Cirugía Operatoria", 2 volúmenes, editada en el 1937. Es autor de un gran número de artículos médicos, los cuales han aparecido publicados en varias de las revistas médicas más importantes de los Estados Unidos.

La aportación del Dr. Bigger a la asamblea científica de la Asociación Médica, incluye las siguientes conferencias:

Discusión de mesa redonda sobre **adelantos** recientes en la cirugía torácica, el miércoles 12 de diciembre, de 2:00 a 5:00 de la tarde.

Cirugía del corazón y el pericardio, viernes 14 de diciembre, de 4:00 a 5:00 de la tarde.

Fístula arteriovenosa, el viernes 14 de diciembre, de 9:00 a 10:00 de la noche.

Cáncer del Pulmón, el sábado 15 de diciembre, de 5:00 a 6:00 de la tarde.

El Dr. Bigger, acompañado de su esposa, llegará a Puerto Rico el lunes 11 de diciembre y permanecerá entre nosotros hasta el martes 18.



DR. FRANKLIN McCUE HANGER

Otro de los médicos de los Estados Unidos que visitará nuestra isla con motivo de la asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, lo es el Dr. Franklin McCue Hanger, Profesor de medicina interna del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia.

Transcribimos a continuación algunos de los datos biográficos del Dr. Hanger:

Nació el Dr. Hanger en Staunton, Virginia, el día 6 de septiembre de 1894, siendo sus padres Franklin M. Hanger y Martha McDowell; en el 1916 obtuvo su grado de Bachiller en Ciencias en la Universidad de Virginia, y su título de Doctor en Medicina en la Universidad de Johns Hopkins en el 1920. Durante el período de 1920 al 1926 hizo su internado y residencia en el Hospital Presbiteriano de la ciudad de Nueva York; del 1928 al 1931 actuó como profesor asistente en medicina en el Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, y desde el 1931 viene desempeñando el cargo de Profesor asociado de medicina interna.

El Dr. Hanger está acreditado como especialista en medicina interna por el Board Americano de Medicina Interna, y es miembro de las siguientes asociaciones: Asociación Americana de Médicos; Sociedad Americana de Investigaciones Clínicas; Academia de Medicina de Nueva York; Asociación Americana de Inmunólogos; Asociación Médica Americana; Asociación Médica de Nueva York. Es autor, entre otras, de las siguientes monografías: "The Common Cold", "Periorteritis Nodosa", "Proliferative Endorteritis", "Dermatomyositis".

Durante el programa científico de la asamblea médica próxima, el Dr. Hanger disertará sobre los siguientes temas:

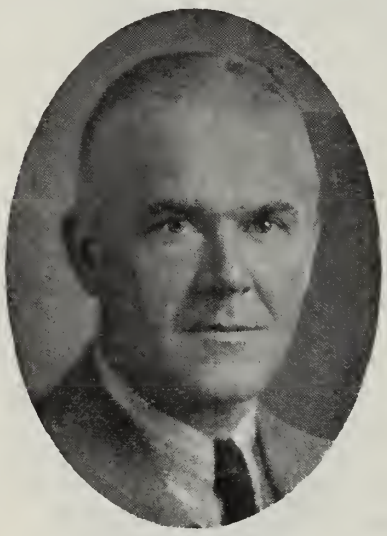
"Discusión sobre **"Recientes adelantes en la terapéutica"**, miércoles 12 de diciembre, de 10:00 a 12:00 de la mañana.

Conferencia clínico-patológica, viernes 14, a las 11:00 de la mañana.

Adelantos recientes en el estudio y tratamiento de los desórdenes comunes del hígado, jueves 13, de 8:30 a 9:30 de la noche.

Reconocimiento y tratamiento del desgaste cardíaco, sábado 15 de diciembre, de 10:00 a 11:00 de la mañana.

El Dr. Hanger, quien viene acompañado de su esposa, llegará a nuestra Isla el lunes 11 de diciembre y saldrá de regreso para el Continente en la mañana del martes 18.



DR. HENRY L. BOCKUS

El Dr. Henry L. Bockus, otro de los médicos americanos que asistirá a la cuadragésima-segunda asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, que se llevará a efecto en esta capital del 12 al 16 de diciembre, es un gastroenterólogo de reconocidos méritos, que ocupa puesto de prominencia entre los miembros de la profesión médica americana.

Nació el Dr. Bockus el día 18 de agosto de 1894, en Newark, Delaware, siendo sus padres William J. Bockus y Louella Whiteman. En el 1917 obtuvo su grado de Doctor en Medicina en la Escuela de Medicina de Jefferson, y desde el año 1930 es Profesor de Gastroenterología en la Escuela Graduada de Medicina de la Universidad de Pennsylvania. Está a cargo del servicio de gastroenterología en el Abington Memorial Hospital y del Bryn Mawr Hospital desde el año 1931. Es miembro de la Asociación Médica Americana (Secretario de la Sección de Gastroenterología durante los años 1933-36, y presidente en el 1937-38); fellow de la Asociación Americana de Gastroenterología; del Colegio de Médicos de Philadelphia; de la Sociedad Antropológica de Philadelphia; fellow del Colegio Americano de Médicos; y tiene licencia del Board Americano de Medicina Interna. En la primera Guerra Mundial fué Oficial Médico en el Séptimo Regimiento de Marina de las Fuerzas Expedicionarias. Es autor de un crecido número de monografías sobre la especiaidad, las cuales han aparecido en distintas revistas médicas de los Estados Unidos.

El Dr. Bockus, quien también visitará nuestra Isla en compañía de su esposa, tomará una activa participación en el programa científico de la asamblea médica, según podrá verse por las conferencias cuyos títulos exponemos a continuación:

Discusión de mesa redonda sobre los **"adelantos recientes en gastroenterología"**, jueves 14 de diciembre, de 10:00 a 12:00 de la mañana.

Mecanismo y significado clínico del dolor abdominal, viernes 14 de diciembre, de 5:00 a 6:00 de la tarde.

Enteritis Regional, miércoles 12 de diciembre, a las 8:00 de la noche, en la Escuela de Medicina Tropical.

Estudios diagnósticos aplicables al estudio de las afecciones pancreáticas, sábado 15 de diciembre, de 11:30 a 12:30 de la mañana.

El Dr. Bockus y señora, al igual que los demás invitados de la Asociación, llegarán a Puerto Rico el día 11 de diciem-

bre, y permanecerán entre nosotros hasta el martes 18.



DR. LE ROY ALLEN SCHALL

El Dr. LeRoy A. Schall, otro de los distinguidos médicos que vendrá a Puerto Rico a mediados de diciembre para participar en el programa científico de la Asociación Médica de Puerto Rico, visita nuestra isla por segunda vez, en ésta acompañado de su esposa, a quien ha querido mostrar varios de los hermosos paisajes que tuvo oportunidad de observar durante su primer viaje a Puerto Rico, en diciembre del año pasado, también con el fin de participar en otro de los congresos de la Asociación Médica.

El Dr. Schall, otolaringólogo de fama internacional, que desempeña la cátedra de otolaringología en la Escuela de Medicina de Harvard, nació en la población de Latrobe en el Estado de Pennsylvania, el día 15 de octubre del año 1892; recibió su grado de Doctor en Medicina en el Colegio Médico de Jefferson en el año 1917; ha prestado servicios como otolaringólogo en los hospitales Anna Jaques, Newton, Massachusetts Eye and Ear Infirmary, Massachusetts General, N. E. Peabody Home for Crippled Children, Robert Breck Birgham, Palmer Memorial y Huntington Memorial, U. S. Marine Hospital, N. E. Baptist, Deaconess y Newton. Durante la Primera Guerra Mundial sirvió en la Cuarta División del Regimiento 20 de Infantería, y en el Hospital Militar Núm. 45. Del 1920 al 1923 sirvió en el Servicio de Salud Pública Federal.

El Dr. Schall tiene el Board de Otolaringología y es miembro de las siguientes asociaciones: Asociación Médica Americana, Academia Americana de Oftalmología y Otolaringología, Asociación Americana Laringológica, Sociedad de Laringología, Rinología y Otología, Sociedad Americana de Otología, Sociedad Otológica y Laringológica de Nueva Inglaterra, Colegio Americano de Cirujanos y Asociación Americana de Bronco-esofagoscopía. Durante su primera visita a nuestra Isla la Cámara de Delegados de la Asociación Médica de Puerto Rico le otorgó el título de miembro honorario en reconocimiento a su contribución al adelanto de la medicina en la rama de la otolaringología. El Dr. Schall es autor de un sinnúmero de monografías, que han sido publicadas en las principales revistas médicas del Continente.

Durante la próxima reunión anual de la Asociación Médica de Puerto Rico, disertará sobre los siguientes temas:

La sordera y que podemos hacer por ella — Exhibición de película sobre la **"Operación de Lempert"**, jueves 14 de diciembre, de 9:30 a 10:30 de la noche.

La broncoscopía como auxiliar en el diagnóstico, sábado 15 de diciembre, de 4:20 a 5:00 de la tarde.

Los esposos Schall llegarán a nuestra isla el lunes 11 de diciembre y permane-

cerán entre nosotros hasta el miércoles 19.

DR. THOMAS H. D. STORMS

Fisioterapeuta de vasta experiencia, Director de la Clínica de Rehabilitación de la Junta de Compensaciones a Obreros de Ontario, Canadá, desde el año 1932.

El Dr. Storms nació en Hamilton, Ontario, Canadá, el día 16 de febrero de 1889, siendo sus padres Douglas Geraghty Storms y Elizabeth Katharine Hinch; en el 1910 obtuvo su Bachillerato en Artes en el Trinity College de la Universidad de Toronto, recibiéndose de Doctor en Medicina en la Escuela Médica de la Universidad de Toronto en el 1915. Es miembro de la Sociedad Médica de Hamilton, de la Academia de Medicina de Toronto, de las asociaciones médicas de Ontario y Canadá, y del Instituto Militar de Ontario, Sirvió en las fuerzas expedicionarias del Canadá en los años 1915 y 1916; estuvo con las Fuerzas Expedicionarias del Mediterráneo en Egipto, y luego con las Fuerzas Expedicionarias de Inglaterra en Francia. Actualmente tiene el rango de Teniente Coronel en el Cuerpo Médico del Ejército de Canadá. Es autor de un gran número de artículos sobre fisioterapia, que han sido publicados en varias de las revistas médicas sobre Rehabilitación que se publican en Estados Unidos y Canadá.

Durante la asamblea médica el Dr. Storms presidirá una discusión de mesa redonda sobre temas de rehabilitación, y en la noche del viernes 14 de diciembre dictará una conferencia sobre su especialidad y exhibirá una película que detalla la labor que se lleva a cabo en la Clínica de Rehabilitación de la Junta de Compensaciones a Obreros, de Ontario. Esta película es un recuento de lo que acontece a un obrero canadiense desde el momento en que sufre el accidente hasta que es dado de alta en la Clínica de Rehabilitación, listo para volver a reanudar sus labores.

Las conferencias que habrá de dictar el Dr. Storms serán de gran interés para los miembros de la profesión, sobre todos para aquellos que prestan sus servicios al Fondo del Seguro del Estado.

DELEGACION DOMINICANA

Dres. Héctor Read Barreras

Arturo Damirón Ricart

Gilberto Gómez Rodríguez

La próxima asamblea anual de la Asociación Médica de Puerto Rico estará honrada con la asistencia de estos tres distinguidos miembros de la Clase Médica Dominicana, siendo los dos primeros delegados oficiales del Gobierno Dominicano.

El Dr. Héctor Read Barreras, quien preside la delegación ya estuvo en el pasado Congreso de la Asociación Médica, al cual aportó su concurso científico. El Dr. Read es graduado de la Universidad de Santo Domingo en el año 1918; posteriormente cursó estudios en la Universidad de Hamburgo, de la cual se recibió de Doctor en Medicina el 6 de agosto de 1930. Actualmente es Director del Laboratorio del Hospital Sanatorio Doctor Martos y Catedrático de la Universidad de Santo Domingo. Ha cursado estudios avanzados en Berlín, París, Italia y Nueva York. Ha participado en varios congresos médicos y ha escrito un gran número de artículos sobre temas médicos, que han sido publicados en distintas revistas latinoamericanas.

El Dr. Arturo Damirón Ricard, se graduó de Doctor en Medicina en la Universidad de Santo Domingo el 1ro de julio

de 1931, y ha realizado estudios postgraduados en la Escuela Postgraduada de Medicina de Nueva York; ha participado en varios congresos médicos y ha publicado artículos de interés en las revistas médicas de la vecina República Dominicana. Actualmente desempeñó el cargo de Médico Director del Hospital Internacional de Santo Domingo.

El Dr. Gilberto Gómez Rodríguez, se recibió de Doctor en Medicina en la Universidad de Santo Domingo en el año 1941, y ha realizado estudios postgraduados en la Universidad de Tulane, en la Universidad de Emory y en el Laboratorio de Salud Pública de Georgia. Ha publicado varios trabajos de carácter científico y actualmente desempeña la Cátedra de Patología Tropical en la Facultad de Medicina de la Universidad de Santo Domingo y es Director del Laboratorio Nacional.

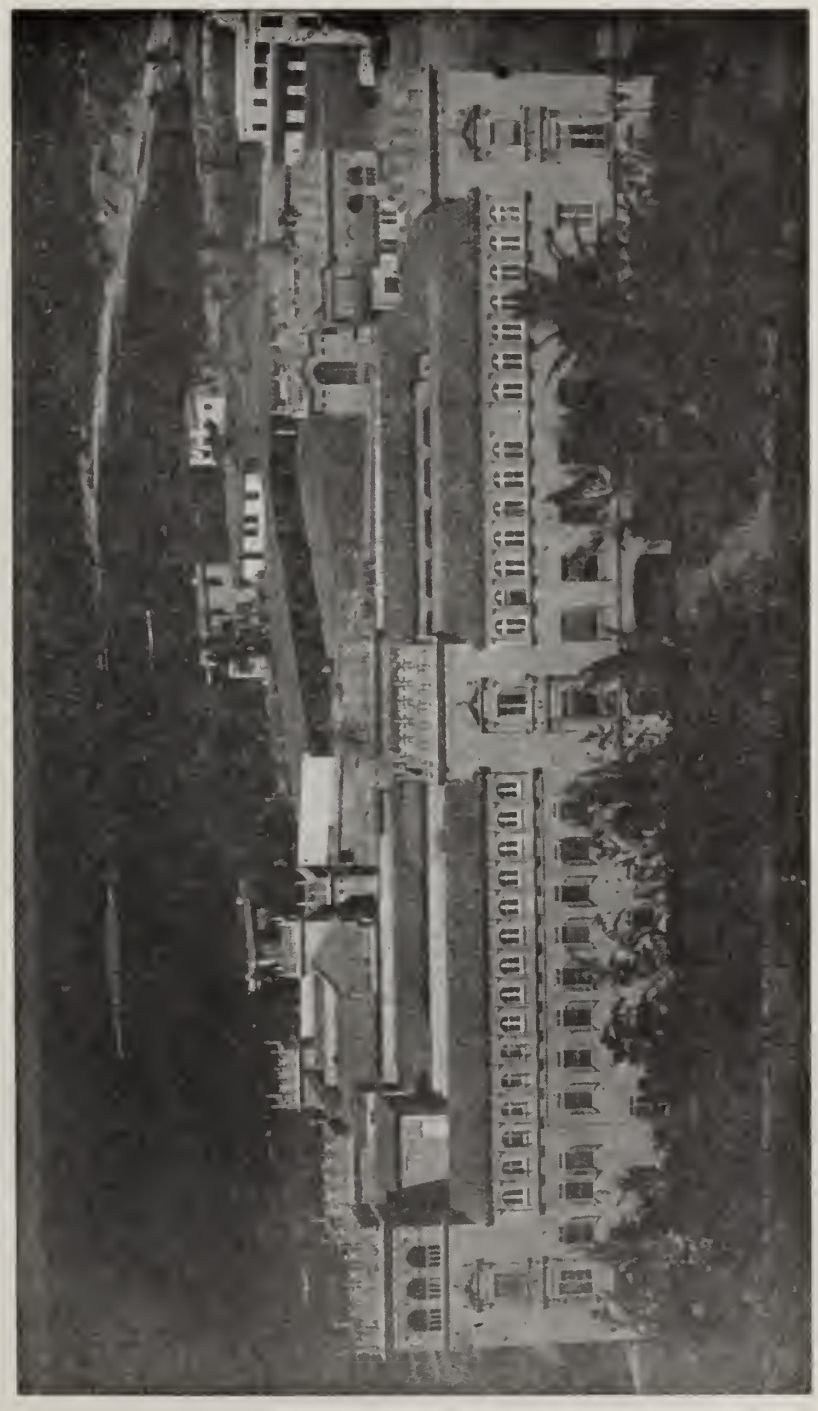
Su contribución a la asamblea médica versará sobre "Valor del Sulfato de Zinc como fijador en Técnica Protozoológica y Hematológica."

BREVE RESEÑA GRAFICA DEL SERVICIO DE HOSPITALES EN PUERTO RICO

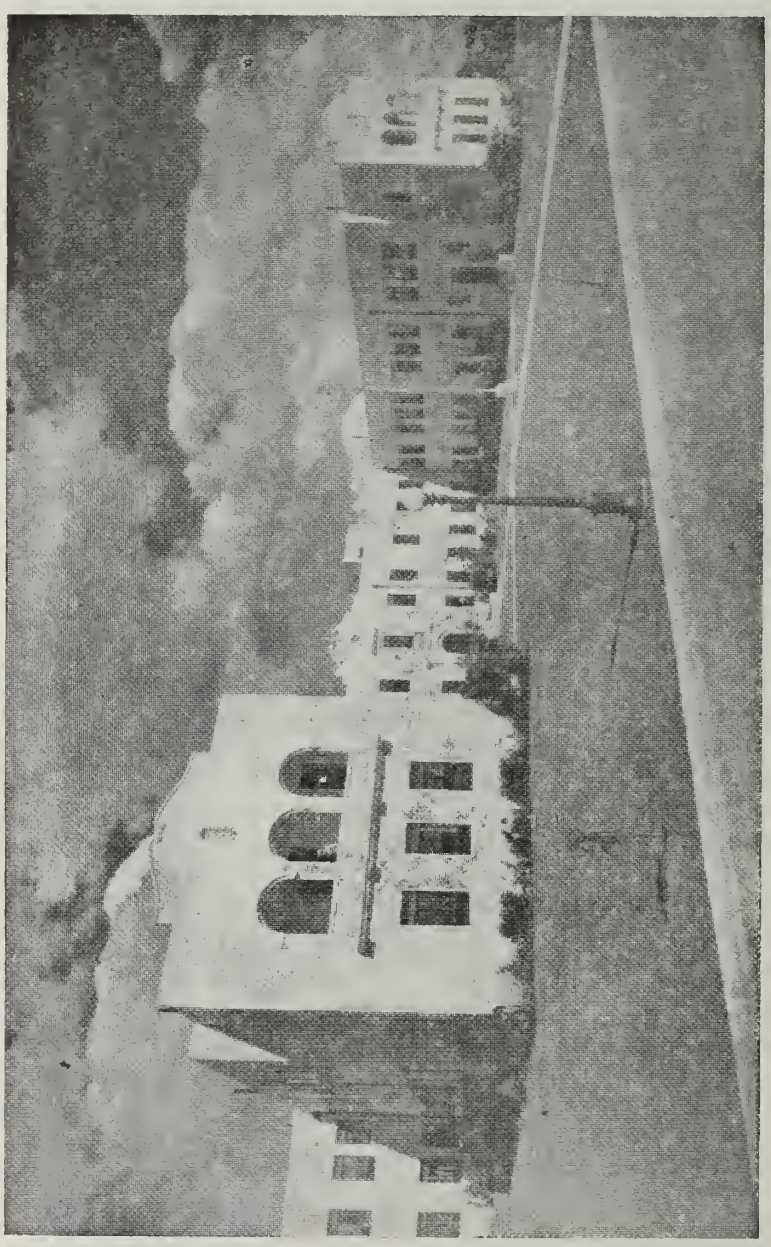
Por cortesía del Consejo de Hospitales de Puerto Rico, institución que preside el Dr. Manuel de la Pila Iglesias, nos complacemos en reproducir en esta edición del Boletín un mapa de Puerto Rico demostrativo de la distribución de Hospitales en nuestra Isla, así como algunas de las fotografías de nuestros centros hospitalarios, y cuya información gráfica formó parte del interesante folleto que bajo el título de **Servicio Hospitalario en Puerto Rico** publicó recientemente dicho Consejo.

En sucesivas ediciones del Boletín seguiremos reproduciendo aquellas fotografías que no nos ha sido posible incluir en esta edición.





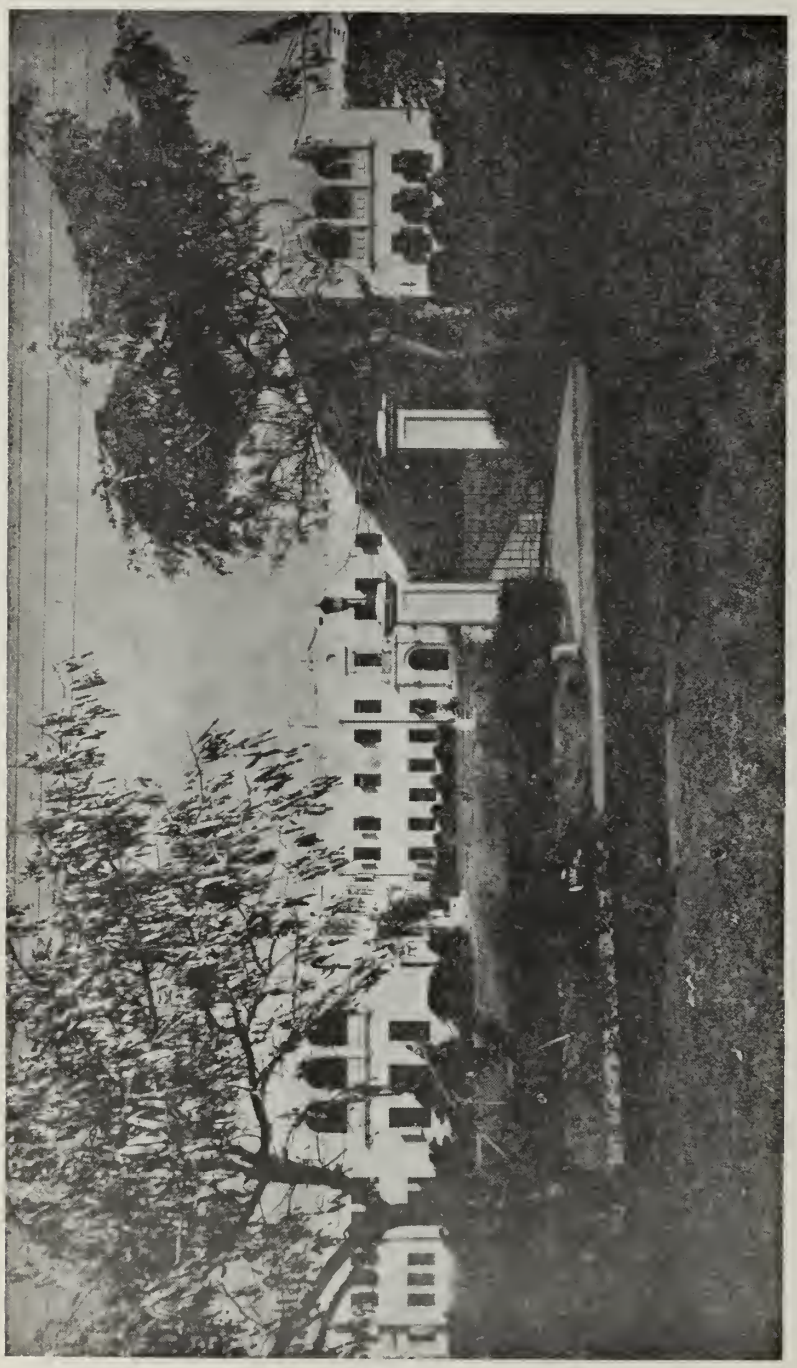
Hospital de la Universidad (1929) San Juan, P. R.



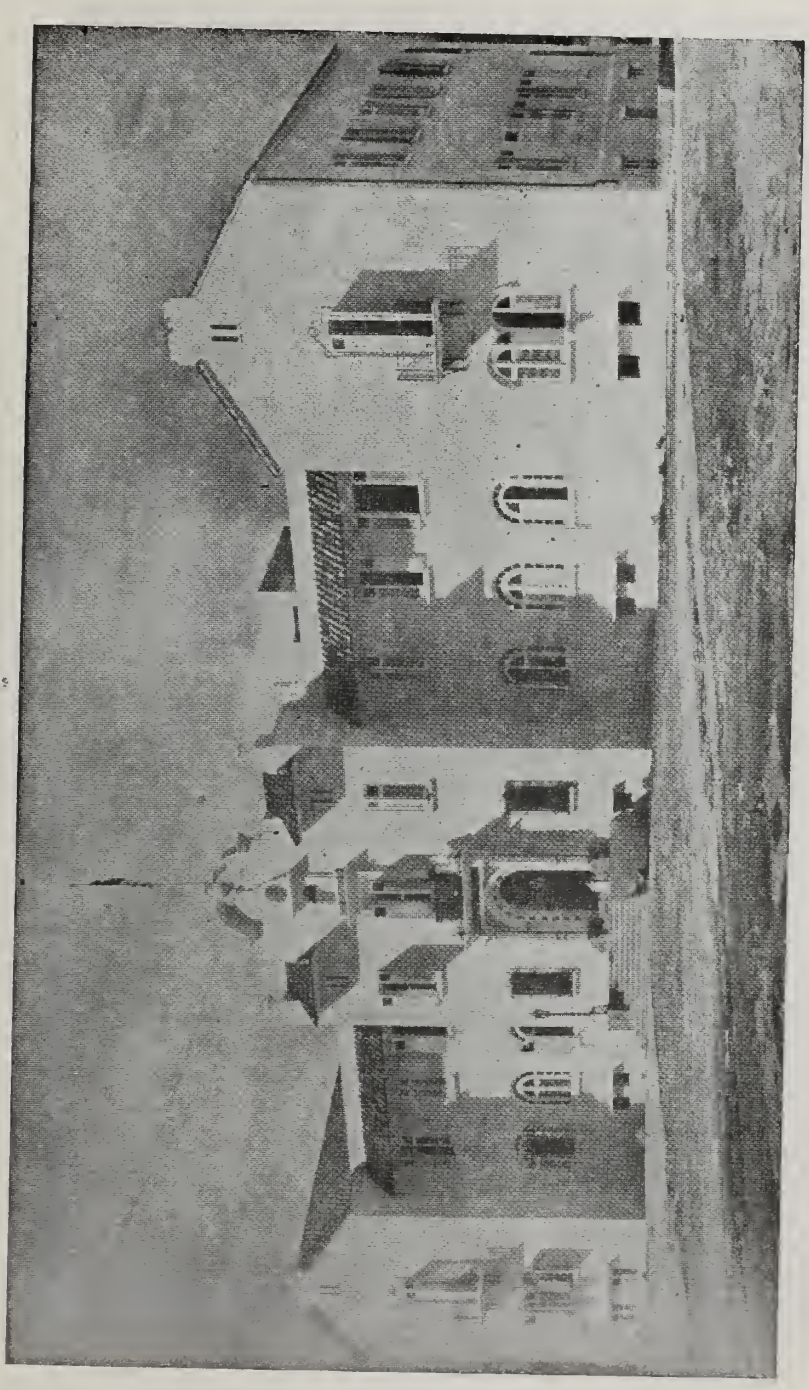
Hospital de Distrito de Bayamón, Edificio Principal, (1939) Bayamón, P. R.



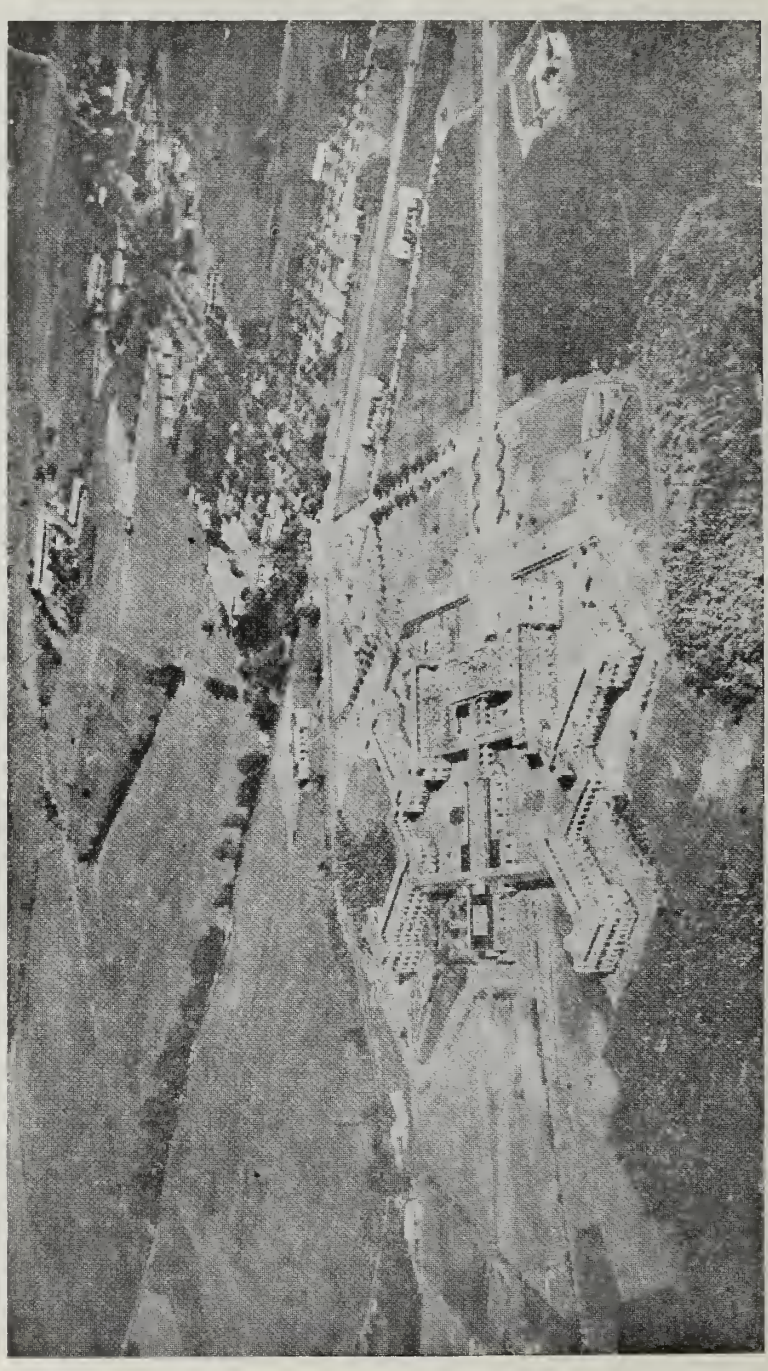
Hospital de Distrito de Fajardo (1940) Fajardo ,P. R.



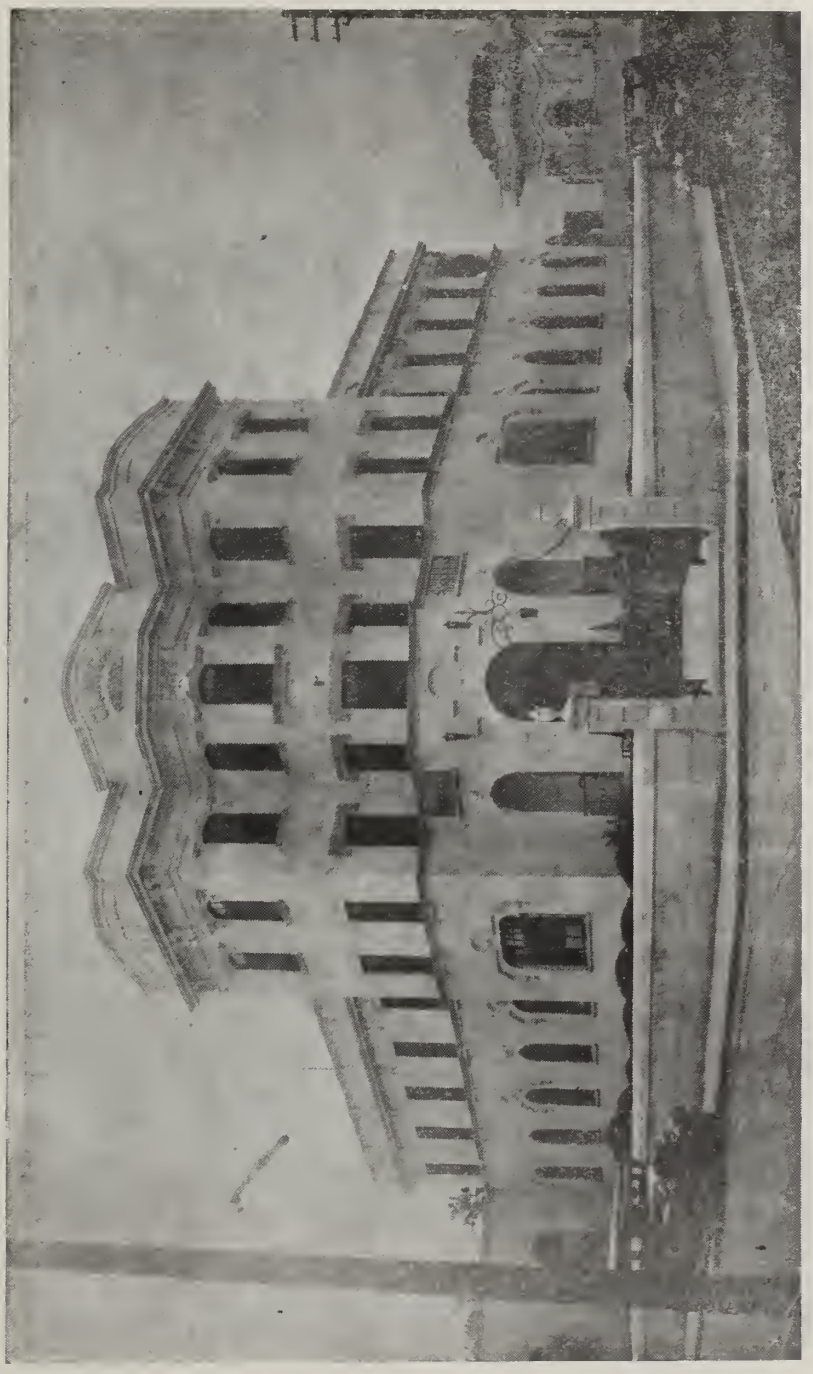
Hospital de Distrito de Arecibo (1941) Arecibo, P. R.



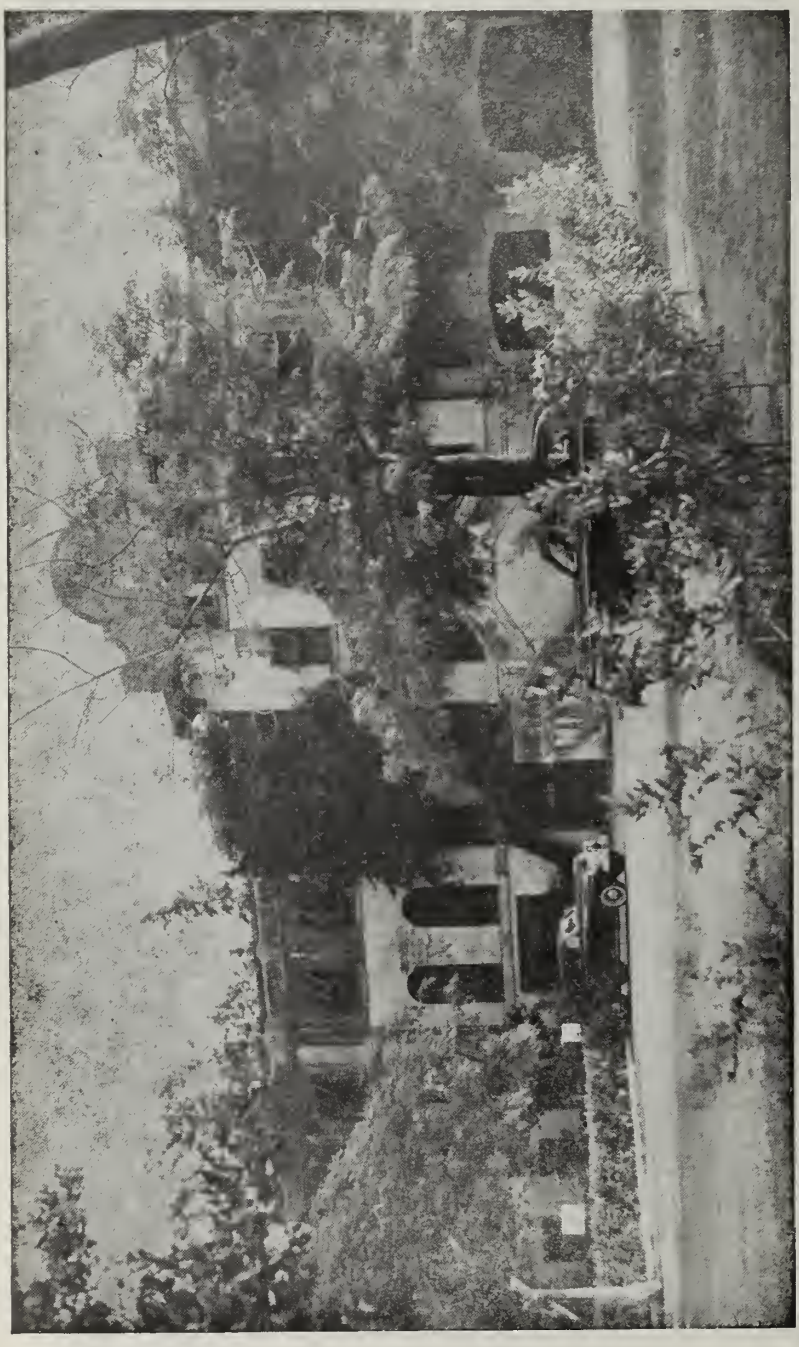
Hospital de Distrito de Ponce (1929) Ponce, P. R.



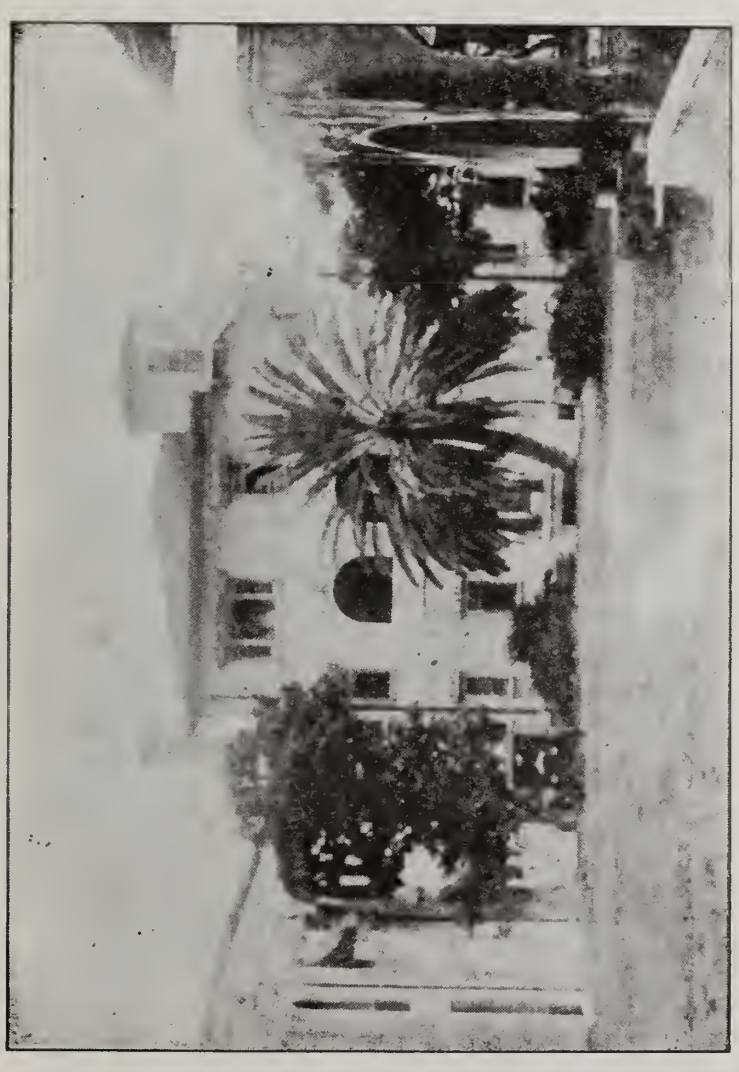
Vista aérea del Manicomio Insular y el Sanatorio Insular, Río Piedras, P. R.



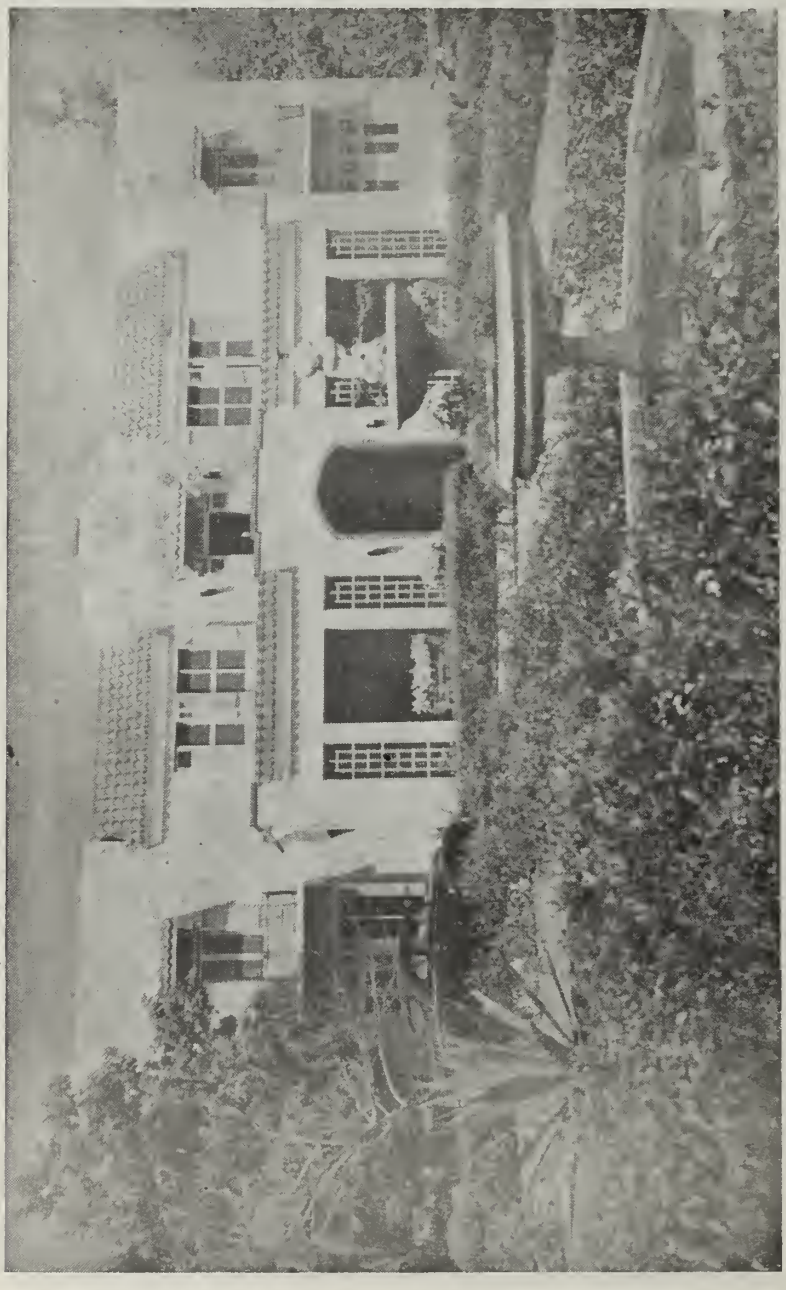
Clínica Dr. Pila, Edificio Principal (1927) Ponce, P. R.



Hospital Presbiteriano (1904) Santurce, P. R.



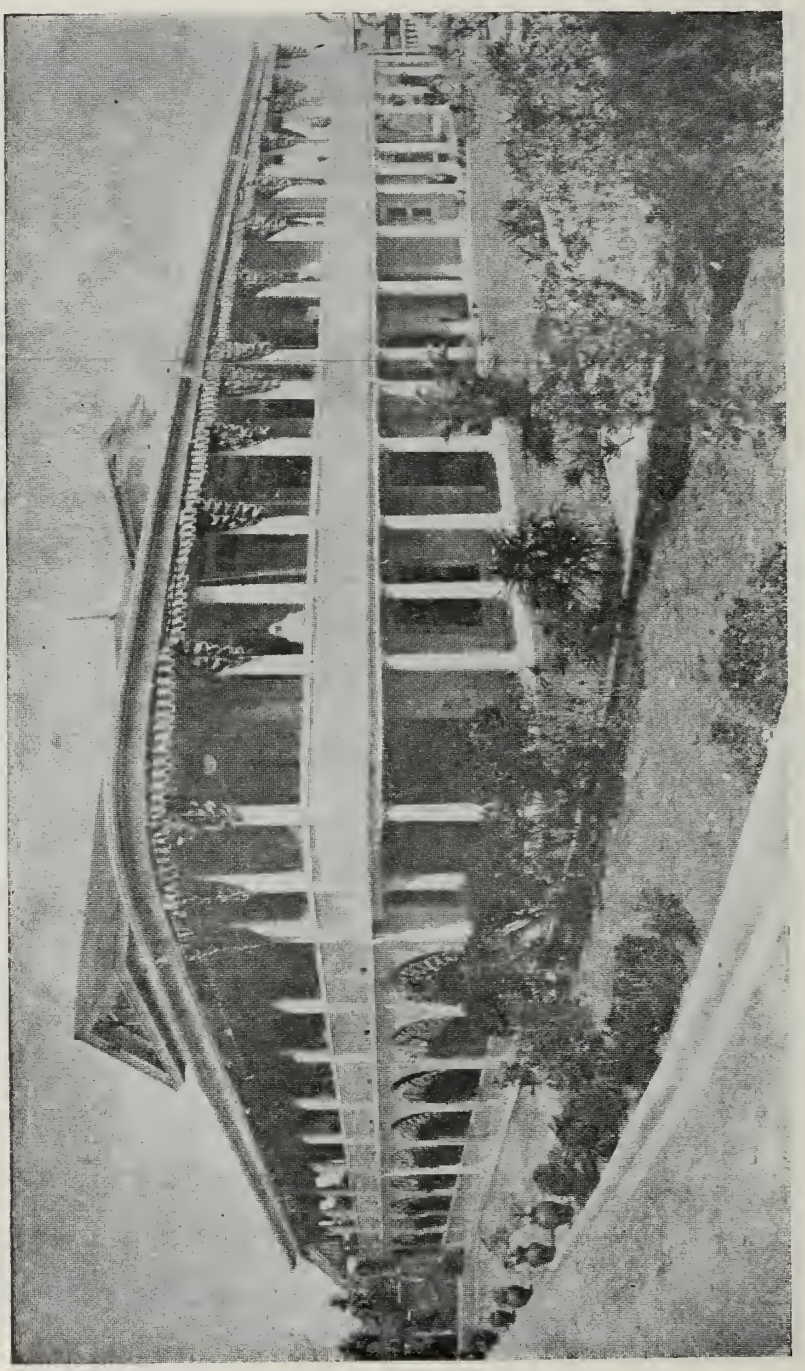
Hospital San Lucas (1906) Ponce, P. R.



Preventorio de la Sociedad para Evitar la Tuberculosis en los Niños (1929) Km. 5½, Carretera de Guaynabo.



Ryder Memorial Hospital (1914) Humacao, P. R.



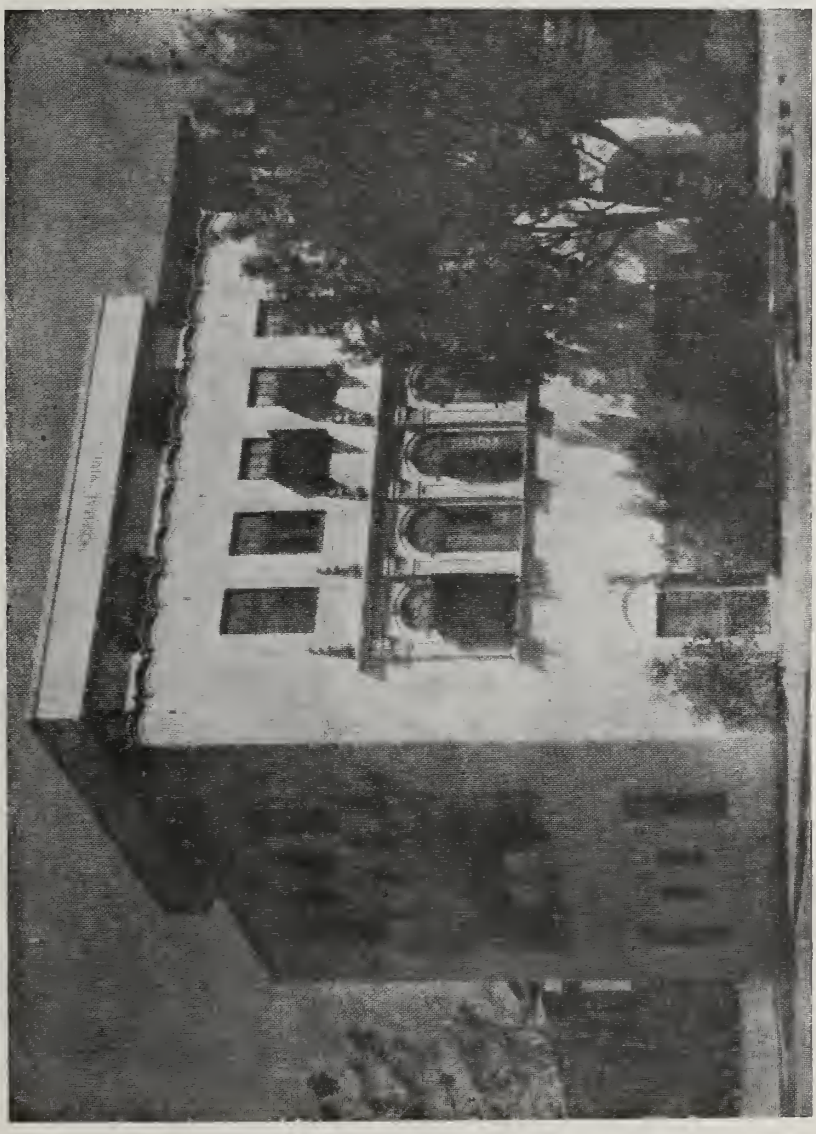
Clínica Fernández García, Edificio Principal, (1929) Hato Rey, P. R.



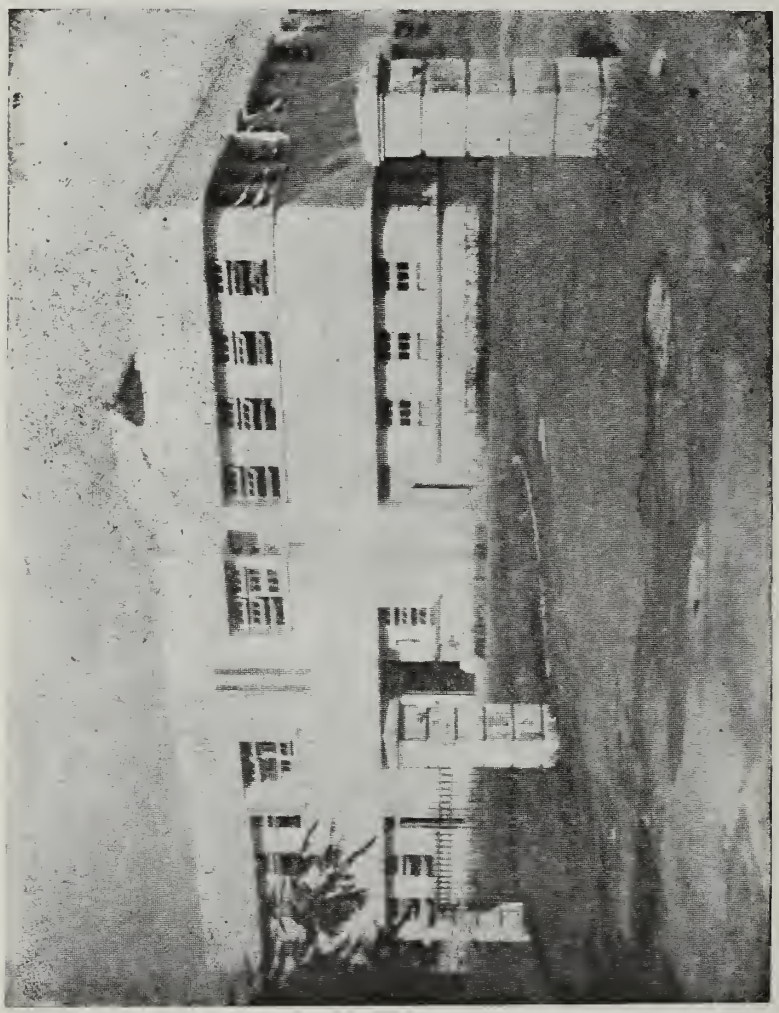
Fachada Principal de la Clínica Juliá (1934) Hato Rey, P. R.



Edificio principal de la Clínica Pereira Leal (1931) Río Piedras, P. R.



Hospital Mimiya, Edificio Principal (1928) Santurce, P. R.



Hospital Lafayette (1939) Arroyo, P. R.

¿SON LAS VITAMINAS UN FACTOR AUN DESCONOCIDO?



● Las vitaminas ya no son un factor desconocido. Como resultado de los experimentos y ensayos clínicos más recientes, la necesidad de las vitaminas en la alimentación infantil, es ahora un hecho científicamente comprobado, y sus propiedades, un elemento esencial para el crecimiento y el desarrollo apropiado de los bebés.

Por ejemplo, un bebé normal de 5 meses, que pesa 6¾ kilogramos y requiere 3 cucharadas de DRYCO (22.5 gramos) con carbohidratos, recibiría lo siguiente en valor vitamínico:

VITAMINA	CANTIDAD
A	473 Unidades Internacionales
D	75 Unidades Internacionales
B_1	27 Unidades Internacionales
B_2	0.41 miligramos
Niacina	0.41 miligramos

(Otros factores del Complejo de la Vitamina B, naturalmente presentes en la leche fresca, se retienen mayormente por medio del procedimiento de Deshidratación por Dispersión, que se emplea en la elaboración de DRYCO.)

DRYCO contiene una cantidad *adecuada* de vitaminas para que los bebés se desarrollen sanos y bien nutridos. Y esto es además del famoso análisis DRYCO que asegura un contenido *alto de proteína*, un contenido *bajo de grasa* y un contenido *moderado de carbohidratos*.

DRYCO

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL

Distribuiores para Puerto Rico:

PLAZA PROVISION COMPANY, Allen 15, San Juan, P. R.

Tratamiento Comprensivo

El tratamiento de la artritis como enfermedad general—no local—requiere medidas terapéuticas comprensivas y coordinadas.

En la terapia ertrónica se recomiendan dosis intensas—*ertronización*—para obtener el beneficio óptimo.

Para ertronizar. Ertron debe administrarse en dosis adecuadas durante largo tiempo. Empezando con dos cápsulas diarias, cada tres días se agregará una cápsula a la dosis diaria hasta llegar a seis cápsulas diarias. Esta dosis se mantendrá sin interrupción hasta alcanzar la mejoría máxima.

La medicación analgésica puede utilizarse cuando esté indicada, especialmente durante el período inicial del tratamiento.

La fisioterapia adecuada puede instituirse también, y las medidas ortopédicas generalmente son de gran ayuda. La eliminación de focos de infección también debe formar parte del programa.

Siendo de acción general. Ertron ataca la artritis como enfermedad general. Su utilidad antiartrítica ha quedado establecida en los artículos publicados durante un período de diez años.



Los informes publicados por los investigadores no atañen a otro producto más que Ertron—el agente empleado en los estudios clínicos.

NUTRITION RESEARCH LABORATORIES · CHICAGO

del Paciente Artritico

Bibliografia

SNYDER, R. G., SQUIRES, W. H., FORSTER, J. W. and RUDD, E.: A Comparative Study of Ultraviolet Irradiated Ergosterol (Steenbock Process) and Electrically Activated Ergosterol (Whittier Process) —A Preliminary Report, Journal-Lancet, *114*:25 (Jan.) 1944.

GOLDBERG, S. A.: The Pathology of Arthritis, Amer. J. Clinical Pathology, *14*:1 (Jan.) 1944.

ZISKIN, D. E., GIBSON, JR., J. A., SKARKA, A. and BELLOWS, J. W.: Effects of Large Daily Doses of Vitamin D on Teeth and Jaws of Rats and on Humans, J. Dental Research, *22*:457, (Dec.) 1943.

REYNOLDS, C. and BURNS, F. L.: The Effect on the Rat of Prolonged Administration of Large Doses of Electrically Activated Vaporized Ergosterol, Indust. Med., *12*:835 (Dec.) 1943.

SNYDER, R. G., SQUIRES, W. H., FORSTER, J. W. and RUDD, E.: The Therapeutic Value of Electrically Activated Ergosterol When Administered Intramuscularly—A Preliminary Report, Indust. Med., *12*:663 (Oct.) 1943.

SNYDER, R. G., SQUIRES, W. H., and FORSTER, J. W.: A Six-Year Study of Arthritis Therapy with Special Reference to the Pharmacology, Toxicology and Therapeutics, Indust. Med., *12*:291 (May) 1943.

LEVINTHAL, D. H. and LOGAN, C. E.: The Orthopedic and Medical Management of Arthritis, Journal-Lancet, *63*:48 (Feb.) 1943.

REYNOLDS, C.: Comparative Therapeutic Value and Toxicity of Various Types of Vitamin D, Journal-Lancet, *62*:372 (Oct.) 1942.

SNYDER, R. G., SQUIRES, W. H., FORSTER, J. W., TRAEGER, C. H. and WAGNER, L. C.: Treatment of 200 Cases of Chronic Arthritis with Electrically Activated Vaporized Sterol (Ertron), Indust. Med., *11*:295 (July) 1942.

STECK, I. E.: Further Clinical Experience in the Treatment of Arthritis with Vitamin D, Ohio State M. J., *38*:440 (May), 1942.

SNYDER, R. G. and SQUIRES, W. H.: Follow-up Study of Arthritic Patients Treated with Activated Vaporized Sterol, New York State J. Med., *41*:2332 (Dec.) 1941.

REED, C. I., STRUCK, H. C. and STECK, I. E.: Vitamin D: Chemistry, Physiology, Pharmacology, Pathology, Experimental and Clinical Investigations, pp. 275-310, University of Chicago Press, 1939.

ERTRON*

Ertron solo—y ningún otro producto—contiene ergosterol vaporizado, activado por energía eléctrica—Método de Whittier.

Presentación:
En frascos de 50 y 100 cápsulas.



*Reg. U. S. Pat. Off.

Distribuidores Exclusivos:
Pelegrina & Llorens, Inc., San Juan



Blood Enrichment in Iron-Deficiency Anemia with

COPPERIN

The blood in iron-deficiency anemia is markedly benefited by Copperin administration: hemoglobin percentages quickly rise; red blood cells increase in quantity and improve in quality.

Due to the action of the catalyst, copper sulphate, the amount of iron ammonium citrate per capsule is reduced to only 32 milligrams. But as ALL the iron is made available to the bloodstream, a maximum therapeutic effect is obtained. Copperin does not stain teeth or irritate the gastrointestinal tract and is water soluble. Prescribe Copperin "A" for adults, Copperin "B" for children.

Liberal professional samples gladly sent on request

RAFAEL A. VILLAMIL

Box 530, San Juan, P. R.

TRATAMIENTO ININTERRUMPIDO . . .



SUEÑO REPARADOR

En algunos procesos inflamatorios locales, tales como resfríos de pecho, dolores de garganto, torceduras, lesiones leves, contusiones, furúnculos y carbúnculos, la condición del paciente, que necesita tranquilidad y reposo, puede ser seriamente afectada.

Proporcionando analgesia y descongestión por ocho horas o más con una sola aplicación de NUMOTIZINE el paciente es posible que duerma sin interrupción toda la noche.

NUMOTIZINE

CATAPLASMA ANALGESICA Y DESCONGESTIVA

Con NUMOTIZINE no hay necesidad de cambiar frecuentemente los vendajes, ni son necesarias botellas de agua caliente.

NUMOTIZINE contiene guayacol, creosota de haya, salicilato de metilo, solución de formaldehido en una base de glicerina, químicamente pura, y silicato de aluminio.

Es fácil de ponerse y quitarse. Se suministra en torros de cristal de 57, 114, 228, 425 y 850 gramos.

NUMOTIZINE, INC., 900 NORTH FRANKLIN ST., CHICAGO 10, ILLINOIS, E. U. de A.







Agente y Distribuidor Exclusivo para Puerto Rico
FRANCISCO N. CASTAGNET
Tanca 1, San Juan, P. R.

THESODATE (Brewer)

Definition: Thesodate (Brewer) is the original ENTERIC COATED tablet of Theobromine Sodium Acetate.

Indications: Thesodate (Brewer) is indicated in the treatment of coronary artery disease, edema, and hypertension.

Distribution: Thesodate (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
*Thesodate, 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

Dose: One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION:

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G., Arch. Int. Med., Vol. 60, page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F., J. A. M. A., Vol. 109, page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E., Am. H. Jour., Vol. 19, page 639, Number 6, June, 1940.

* Thesodate, 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, INC. **Worcester, Mass., U.S.A.**

Pharmaceutical Chemists Since 1852

HERISAN

(MARCA REGISTRADA)

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" Y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA:	50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D	por gramo	10 gramos
	Acido Bórico		2 gramos
	Oxido de Zinc		15 gramos
	Talco		15 gramos
	Vehículo		58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

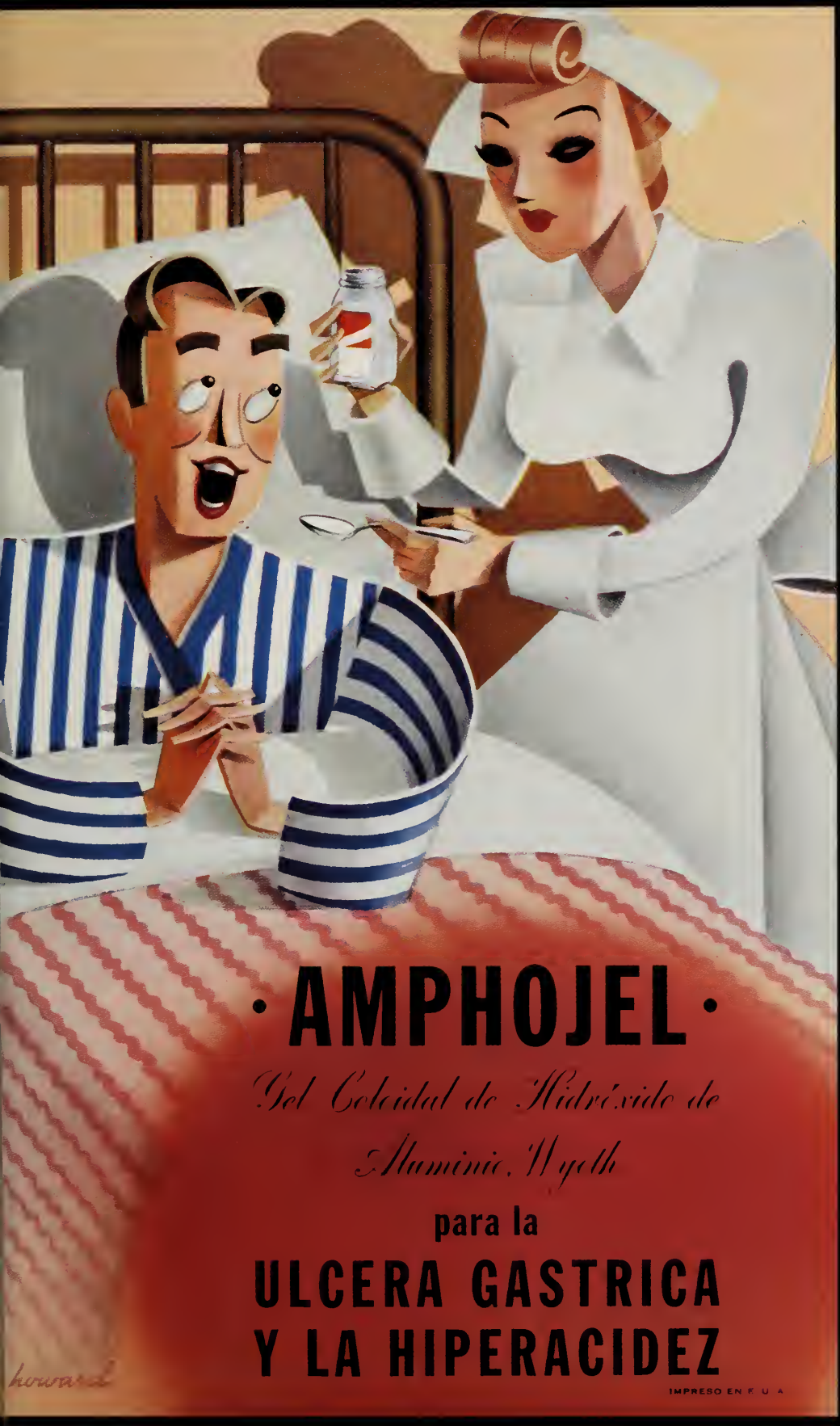
Para aplicación local en: HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, etc.

Preparado por

ANDROMACHUS CORPORATION

22 East 49th Street. New York 1s-17, N. Y.

Distribuidor: **E. VELEZ POSADA**, Plaza de Colón, San Juan.



· AMPHOJEL ·

Gel Coloidal de Hidróxido de Aluminio, Wyeth

para la

ULCERA GASTRICA Y LA HIPERACIDEZ

howard

IMPRESO EN E. U. A.

Por Qué el AMPHOJEL

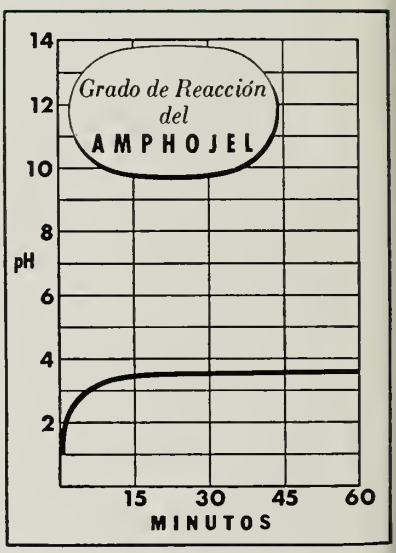
es el Tratamiento más Seguro para la HIPERACIDEZ y la ULCERA PEPTICA

EL AMPHOJEL—Gel Coloidal de Hidróxido de Aluminio Wyeth, $Al_2(OH)_6$, es un antiácido adsorbente e inabsorbible que de acuerdo con el reactivo de Töpfer es capaz de neutralizar en media hora no menos de 12 veces su volumen de ácido clorhídrico (N/10).

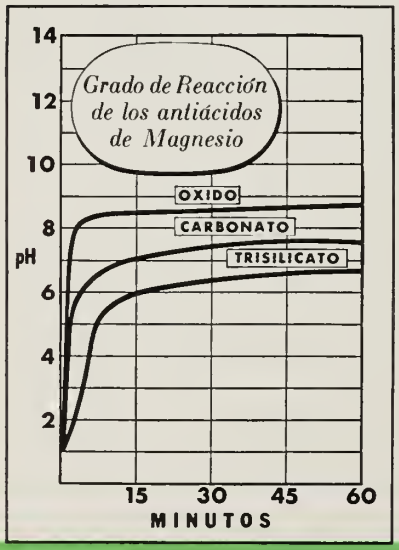
EL AMPHOJEL tiene un pH de 6.7, y no contiene álcalis ni materias alcalinas, razón por la que su uso prolongado no puede producir alcalosis.

EL AMPHOJEL no "neutraliza" totalmente el contenido ácido del estómago, sino que amortigua las secreciones gástricas a un pH compatible con la cicatrización de los tejidos patológicos en los casos de úlcera.

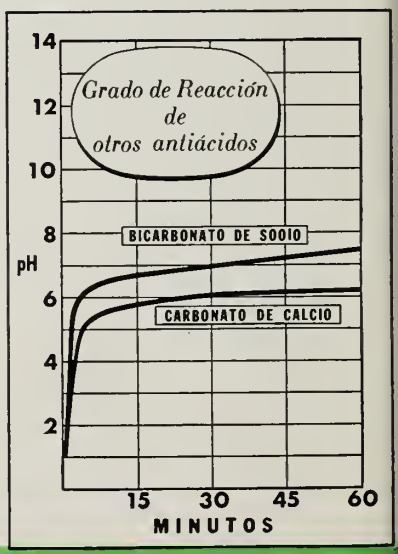
Las curvas en estas gráficas muestran la diferencia entre la reacción del AMPHOJEL y la de los álcalis solubles, mostrándose también cómo reacciona el grado de pH de estos antiácidos en una cantidad doble e hipotética de HCl N/10 a 37° C. Obsérvese que el AMPHOJEL mantiene un quimo ácido que no paraliza la digestión ni promueve un segundo resurgimiento del nivel ácido.



Las tres tablas de esta página muestran los efectos de diversos antiácidos sobre el pH, reaccionando todos en cantidad dos veces mayor de la cantidad teórica sobre HCl N/10 a 37° C.



No es necesario eliminar toda la acidez para producir la cicatrización de la úlcera.



JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

Fabricantes de Productos Formacéuticos de Alta Calidod Desde 1860

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

CHICAGO CLEVELAND JERSEY CITY DURBAN LONDRES SYDNEY BUENOS AIRES X5720

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL
(Organizada en 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

PARA EL

Cirujano General

Curso combinado que comprende: cirugía general, c. traumática, c. abdominal, gastro-enterológica, ginecología y urológica. Asistencia a conferencias, presencia a operaciones, examen pre-operatorio y post-operatorio de enfermos así como un curso ulterior en las salas. Patología, radiología, fisioterapia. Demostraciones en el cadáver sobre anatomía quirúrgica, cirugía torácica, anestesia regional. Cirugía operatoria y ginecológica en el cadáver.

CURSOS COMPLETOS Y CLINICA
DE LAS ENFERMEDADES DE

OJOS - OIDOS
NARIZ
GARGANTA

Obstetricia y Ginecología

Un curso completo. En Obstetricia: conferencias; clínica prenatal; presencia a partos normales y operatorios; operatoria obstétrica (maniquí).

En Ginecología: conferencias; exploración clínica; presencia de operaciones; examen pre-operatorio de pacientes; clínica post-operatoria de las pacientes en las salas.

Patología obstétrica y ginecológica; anestesia regional (en cadáver). Asistencia conferencias en Obstretricia y Ginecología.

PROCTOLOGIA,
GASTRO-ENTEROLOGIA
Y MATERIAS
DE LA ESPECIALIDAD

PARA INFORMES DIRIGIRSE A
MEDICAL EXECUTIVE OFFICER: 345 West 50th St., New York City

Proven Dependability



The dependability of LOCOROL has been proven to American physicians by nearly a quarter of a century of successful experience. The efficacy of its double action — physical and chemical — is confirmed by independent laboratory tests.

LOCOROL completely occludes the cervical oz and immotizes spermatoza **on contact.** It's viscous base provides the high surface tension, long sought for, which creates an impenetrable barrier and prolonged spermicidal action. Nontoxic and non-irritating.

LOCOROL is advertised only to the medical profession and is available through the pharmacist on your prescription.

Two new, authoritative booklets are available at your request — "The Control of Conception" and "Leukorrhea-Minor Ailment — Major Annoyance." You will want these authoritative booklets, Doctor, fresh off the press. Write for them today.

PECK & STERBA, INC.

JENARO ESTERRICH, Representante

Apartado 1936 Tel. 2-2511 San Juan 9, Puerto Rico

Locorol VAGINAL JELLY

ALIVIO SINTOMATICO

Durante los próximos meses habrá aumento en las afecciones del Aparato Respiratorio:

Resfriados del Pecho
Traqueítis
Pulmonía
Tonsilitis
Bronquitis
Pleuresía

Muchos clínicos han probado y se han convencido de lo valioso que es el calor húmedo, externamente aplicado, para mitigar los tribulantes síntomas que se presentan en esas enfermedades.

Tos
Dolor Muscular y Pleurítico
Tensión Retroesternal
Pecho Adolorido

La ANTIPHLOGISTINE, por ser una cataplasma medicinal, ofrece un medio conveniente y fácil para aplicar calor húmedo al área afectada. Se puede usar juntamente con la quimioterapia o medicamentos especiales.

La ANTIPHLOGISTINE, por motivo de su fórmula, retiene el calor húmedo por muchas horas.

ANTIPHLOGISTINE

THE DENVER CHEMICAL MFG. CO., NUEVA YORK

Francisco Garratón, S. en C.

Apartado 1541 San Juan, P. R.



Distribuidores:

SUCRS. DE ABARCA, INC.

Depto. de Drogas y Productos Farmacéuticos

Miramar - Santurce, Puerto Rico

LA CALIDAD, LA PUREZA
LA HONESTIDAD Y LA ETICA

son valores intangibles en nuestros productos y son el fundamento y la base de nuestro éxito como preparadores de ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS ETICAS en Puerto Rico.

AFLEG LABORATORIES

Fabricantes de Especialidades Farmacéuticas Eticas para la Profesión Médica de Puerto Rico.

San Juan de Puerto Rico

NUESTRAS ESPECIALIDADES

Elíxir Neo-IRON—Antianémico al Sulfato de Hierro Ferroso.
Elíxir y Cápsulas Neo-IRON COMPLEX—Antianémicos al Sulfato de Hierro Ferroso. Complejo de Vit. B y Extracto de Hígado.
Jarabe Neo-IRON—Antianémico al Sulfato de Hierro Ferroso en medio no alcohólico.
Jarabe Yod-IRON—Yodo y Hierro Ferroso.
Heparentol—Extracto de Hígado Inyectable, simple o con Vitamina B^1.
Betarol—Vitamina B^1, en Jarabe, Elíxir o Soluciones Inyectables.
Befleg—Complejo de Vitamina B, en Jarabe, Elíxir o Solución Inyectable.
Ferheptol—Hierro, Hígado y Vitamina B^1 inyectables.
Kiliapsin—Contra la aquilia gástrica.
Digesol—Elíxir digestivo.
Bromorange—Sedante del sistema nervioso.
Bromotal—Bromorange-Fenobarbital y HCl de Tiamina.
Ferbetal—Cápsulas antianémicas.
Calsuvin—Anticatarral.
Nasofedrina—Efedrina inhalante.

— — —

Muestras e informes a solicitud

La Tisuloterapia Resuelve el Problema del Dolor.

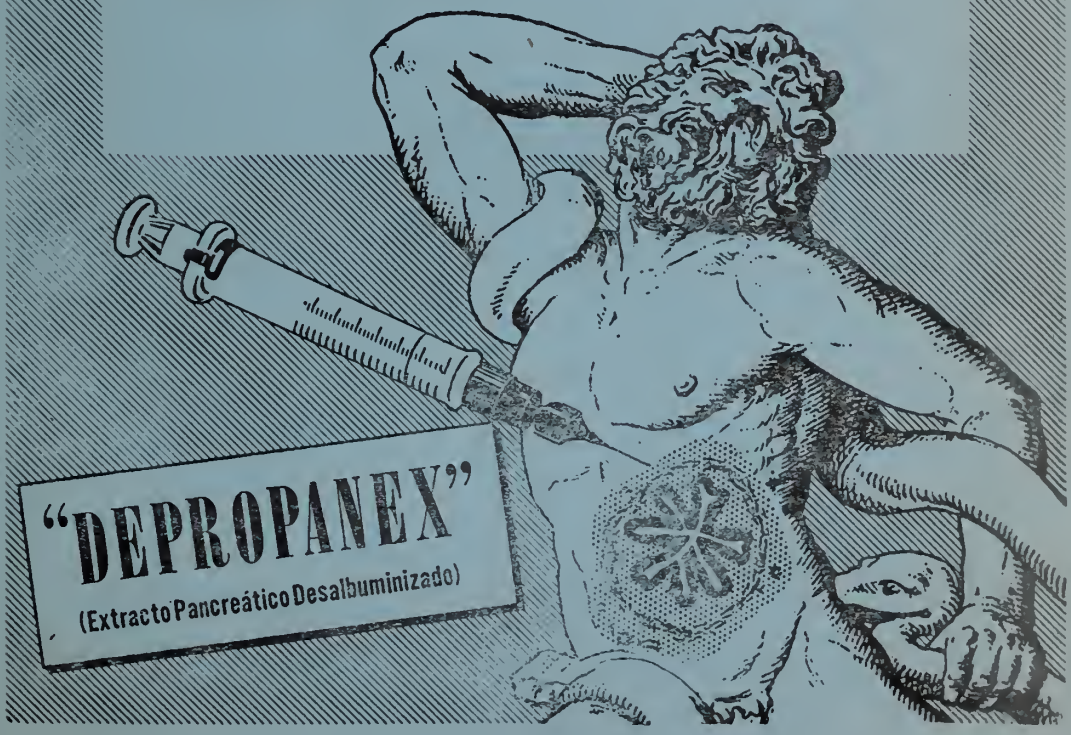
La Tisuloterapia con "DEPROPANEX" (extracto desalbuminizado de tejido pancreático) es el medio a que recurren millares de médicos, por las razones siguientes:

"DEPROPANEX" disminuye las contracciones espasmódicas de los músculos lisos, y elimina así la causa del dolor en el cólico renal o ureteral provocado por cálculos, estrecheces, etc. La acción es casi instantánea: una inyección de 3 a 5 cc. por vía intramuscular proporciona alivio en tres minutos o menos.

"DEPROPANEX" se emplea, además, con excelentes resultados, en el cólico postcistoscópico, en pielografías; en el tratamiento de las lesiones vasculares: Claudicación intermitente, angina de pecho, enfermedad de Reynaud, espasmos arteriales de la retina; y en ciertos trastornos espasmódicos de la hipertensión arterial.

"DEPROPANEX" no contiene insulina, acetilcolina o histamina, y su inyección no provoca reacciones desagradables.

Envases originales: frasquitos de 10 cc. **Sharp & Dohme, Philadelphia 1, Pa., E.U.A.**





UN COMPAÑERO COMPATIBLE PARA EL JABON

Una lesión superficial contaminada con suciedad, lo mismo que la piel en que va a practicarse una incisión, requiere una buena limpieza con jabón y agua antes de aplicarle un antiséptico enérgico. El 'Merthiolate' (Mercuritiosalicilato de Sodio Etílico, Lilly) retiene sus propiedades bactericidas en presencia de jabón, tiene un efecto germicida rápido y bien sostenido, y es compatible con los líquidos tisulares y orgánicos.

●

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION
Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.

SCHOOLS OF MEDICINE AND PUBLIC HEALTH
LIBRARY

AÑO XXXVII DICIEMBRE, 1945 NUMERO 12

JUN 25 1946

BOLETIN
DE LA
ASOCIACION MEDICA
DE
PUERTO RICO

ORGANO OFICIAL



PUBLICACION MENSUAL
DE LA
ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO



P. O. Box 3081 — San Juan, P. R.

SUMARIO

Página

El tratamiento de la Ansiedad, Luis M. Morales, M.D., San Juan, P. R. ---------- 471

El neumotórax artificial como medida de salud en Puerto Rico, J. Rodríguez Pastor, M. D., Santurce, P. R. -- 478

Informe del Presidente de la Asociación Médica de Puerto Rico - Año 1945, C. E. Muñoz MacCormick, M.D., Santurce, P. R. ---------- 482

Notas Necrológicas ---------- 499

INDICE AÑO 1945 ---------- 501

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

(Publicación Oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico)

Avenida Fernández Juncos, Parada 19
Santurce, Puerto Rico

DR. E. MARTINEZ RIVERA
Editor y Administrador

Editores Asociados

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. A. M. MARCHAND
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

El BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO es el órgano oficial de la Asociación Médica de Puerto Rico. Se publica el día último de cada mes, constando cada volumen de 12 ediciones.

Los trabajos originales deben ser enviados al Editor-en-Jefe, Apartado de Correos 3866, Santurce 29, Puerto Rico, o entregarse directamente en la Secretaría de la Asociación Médica, Avenida Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, Puerto Rico.

Los originales deben venir escritos a máquina, a doble espacio.

Las citas bibliográficas deberán mencionar, en el siguiente orden de sucesión: apellido del autor; iniciales de sus nombres; título del trabajo; título del periódico (abreviado); año; volumen y página. Las citas llevarán un número de acuerdo a su orden de presentación en el texto y correspondiente a la numeración colocada al final.

Si el artículo viene acompañado de ilustraciones, debe indicarse en el texto el sitio donde se desea que sean éstas intercaladas. Al dorso de cada ilustración debe hacerse constar claramente el título que deberá acompañarla.

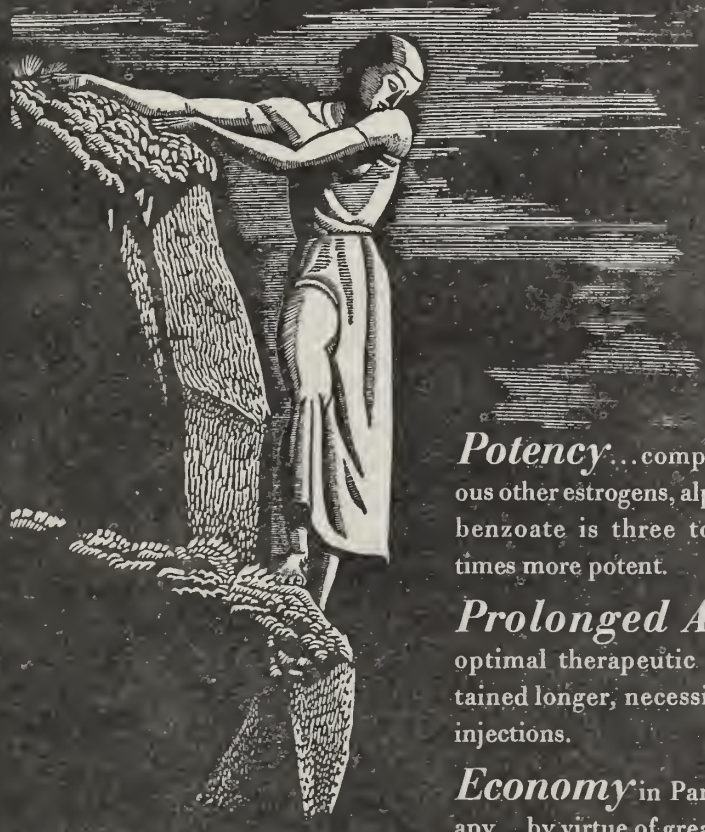
No se devuelven originales. Los autores son responsables de las opiniones que emitan en sus artículos. Ningún artículo publicado en el Boletín podrá ser reproducido sin la previa autorización escrita del Editor-en-Jefe

Información en relación con anuncios será suplida a solicitud en la Secretaría de la Asociación. Todo material de anuncio estará sujeto a la aprobación del Editor-en-Jefe.

Tres Dólares
Suscripción Anual

Entered as second class matter, January 21, 1931 at the Post Office at San Juan, Puerto Rico under the act of August 24, 1912.

PROGYNON-B



Potency... compared to various other estrogens, alpha-estradiol benzoate is three to thirty-five times more potent.

Prolonged Action... optimal therapeutic effects maintained longer, necessitating fewer injections.

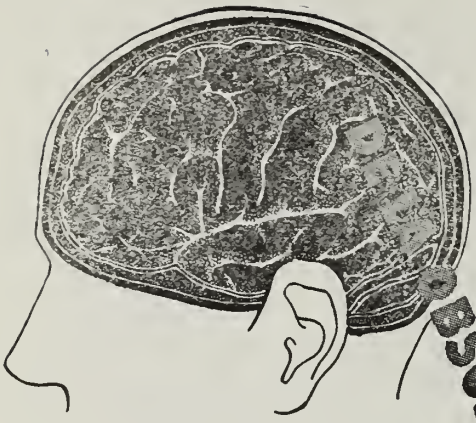
Economy in Parenteral Therapy... by virtue of greatest potency and prolonged action.

"Non-Toxic in Extremely High Single and Accumulative Dosage."

SCHERING CORPORATION BLOOMFIELD•NEW JERSEY

FOR VICTORY AND AFTER: BUY U. S. WAR BONDS

Distribuidor: CESAR CASTILLO, Tetuán 10, San Juan, P. R.



OBSCURIDAD...A LA CLARIDAD

Más de 1000 artículos publicados durante los últimos años en las más importantes revistas médicas del mundo, acreditan el SULFATO de BENZEDRINA como un agente de positivo valor terapéutico en el tratamiento coadyuvante, no solamente de los estados mentales depresivos, sino también como un poderoso auxiliar en la terapia del alcoholismo crónico y de la obesidad.

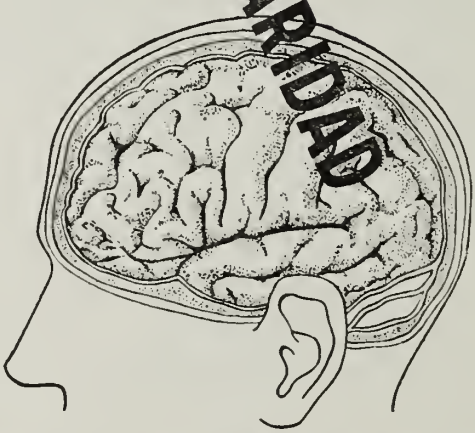
A su petición le enviaremos directamente literatura, posología y muestras sobre este producto.

EN la terapia coadyuvante de los estados de depresión mental simple, tan frecuentemente acompañados con la "fatiga crónica" (tan bien descrita por el famoso Dr. Alvarez de la Clínica de los hermanos Mayo), la profesión médica tiene en el Sulfato de Benzedrina un estimulante eficaz del sistema nervioso central, capaz de producir todos, o algunos de los siguientes efectos:

I. Aumentar la actividad mental, el interés y la accesibilidad.

II. Aumentar los sentimientos de autoseguridad, autobienestar y optimismo.

III. Estimular la acción psico motora; aumentando la capaci dad para el esfuerzo físico y mental.



TABLETAS DE SULFATO DE BENZEDRINA

LABORATORIOS SMITH, KLINE & FRENCH
FILADELFIA, PA., E. U. A.

1841 1941

MAS DE 100 AÑOS SIRVIENDO A LA PROFESION MEDICA

AMBULATORY TREATMENT

OF CHRONIC

AMEBIASIS



VIOFORM

Neither bed rest nor special routines are required when chronic intestinal amebiasis is treated with VIOFORM[1].

VIOFORM* therapy is:

- EFFECTIVE
- SIMPLE
- SAFE
- INEXPENSIVE

ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN.

Available as: tablets of 250 mg., in bottles of 40 and 100; powder, in bottles of ½ oz.
Dosage: 1 tablet 3 or 4 times daily for 10 days; repeat after one week's intermission.

*Trade Mark Reg. U.S. Pat. Off. Word "Vioform" identifies the product as iodochlorhydroxyquinoline of Cibo's manufacture.

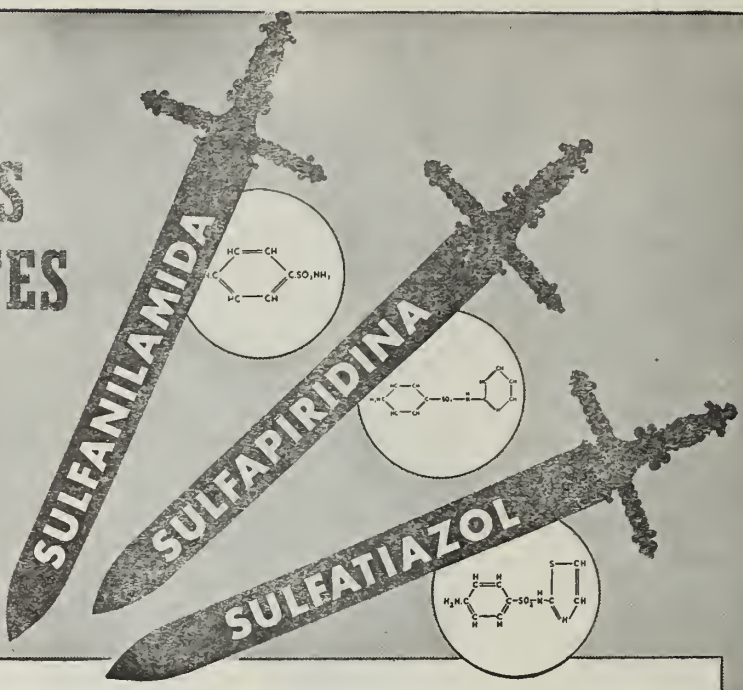
1. Goodman, Louis and Gilman, Alfred: The Pharmacological Basis of Therapeutics, The Macmillan Company, New York, page 936, 1941.

a Ciba Product

CIBA PHARMACEUTICAL PRODUCTS, INC., SUMMIT, NEW JERSEY
IN CANADA, CIBA COMPANY LIMITED, MONTREAL

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc.
Salvador Brau 70 — San Juan 17, P. R.

TRES ARMAS POTENTES



La adopción y la valuación clínica de estos compuestos constituyen uno de los pasos más avanzados que registra la historia del tratamiento químico de las enfermedades. En manos del cirujano, estos agentes quimioterápicos son armas poderosas para combatir gran variedad de procesos infecciosos.

Este grupo de compuestos es eficaz contra las infecciones producidas por

ESTREPTOCOCOS HEMOLITICOS
MENINGOCOCOS ESTAFILOCOCOS
NEUMOCOCOS GONOCOCOS
BACILOS FRIEDLANDER
ESCHERICHIA COLI
LINFOGRANULOMA VENEREO
CIERTAS INFECCIONES DEL CONDUCTO URINARIO
TRACOMA CHANCROIDE

MERCK & CO., Inc.

Fabricantes de Productos Químicos de Calidad
Rahway, New Jersey, Estados Unidos de Norte América

MERCK



Agentes: PELEGRINA & LLORENS, Inc. Salvador Brau 70,
San Juan 17, P. R.



Agente: RAFAEL A. VILLAMIL - Apartado 530, San Juan 3, P. R.



PETROLAGAR *para el Convaleciente*

Para corregir la estasis intestinal, el convaleciente puede necesitar la acción de un lubricante suave y emoliente, además de la dieta apropiada. PETROLAGAR, — emulsión mecánica de petrolado líquido puro, — es el producto indicado en estos casos ya que lubrica y suaviza el contenido intestinal, contribuyendo así a restablecer la peristalsis y a producir, sin peligro, una cómoda evacuación. Se ofrece este valioso auxiliar para corregir también el estreñimiento en varios otros estados, cuando es menester restablecer la evacuación normal. Algunos de estos estados se describen a la vuelta de esta hoja.

WYETH INTERNATIONAL LIMITED, New York, N. Y., E. U. A.

Algunos de los usos y ventajas de Petrolagar



VENTAJAS: Es miscible en soluciones acuosas. Asegura una consistencia fecal normal. No se absorbe ni se escurre. Provoca una evacuación cómoda.

OBSTETRICIA: Durante la gestación es muy importante evitar demoras en la evacuación intestinal. Para prevenir complicaciones intestinales en tal estado, se prescribe PETROLAGAR como profiláctico. Esta preparación facilita la evacuación cómoda formando heces suaves que se expulsan por medio de la peristalsis natural.

GINECOLOGIA: Según Druede los dolores lumbares que se atribuyen a la matriz provienen a menudo del estreñimiento. Los ginecólogos han encontrado que el PETROLAGAR es un valioso auxiliar para el tratamiento de los trastornos pélvicos, porque facilita la evacuación cómoda.

PROCTOLOGIA: En ninguna otra rama de la medicina es el PETROLAGAR más útil que en la proctología. Los proctólogos han comprobado que los síntomas dolorosos en el recto pueden aliviarse incluyendo PETROLAGAR en el tratamiento. Se evita el agotamiento de flúidos orgánicos y al mismo tiempo, una congestión de las venas hemorroidales causada por el esfuerzo en la defecación.

DERMATOLOGIA: Tanto el colon como la piel son órganos excretorios, y por lo tanto, las manifestaciones de la piel exigen que se preste atención inmediata al restablecimiento del debido funcionamiento del intestino grueso. A muchos dermatólogos les han entusiasmado los resultados obtenidos con PETROLAGAR, pues siendo inerte no entorpece las actividades fisiológicas normales.

CIRUGIA: En el tratamiento preoperatorio y postoperatorio es valiosa la acción de PETROLAGAR cuyo uso habitual por pacientes operados evita la estasis y la irregularidad intestinal.

ENFERMEDADES PULMONARES: La inclusión de PETROLAGAR en un tratamiento influye favorablemente sobre muchos de los estados tóxicos que generalmente acompañan a la tuberculosis.

ENFERMEDADES GENITOURINARIAS: PETROLAGAR tiene una importancia particular en el tratamiento de las enfermedades de las vías génitourinarias, en las cuales las complicaciones intestinales presentan problemas de suma importancia. PETROLAGAR es valioso en estos casos para calmar la irritación, inflamación y dolor, así como para evitar la congestión.

ODONTOLOGIA: Hay una estrecha relación entre la sepsis oral, la toxemia alimenticia y la estasis intestinal. PETROLAGAR ha demostrado su eficacia en el alivio de la estasis intestinal y para facilitar la expulsión de las toxinas del intestino.

POR SER PETROLAGAR DE SABOR AGRADABLE, HASTA LOS ENFERMOS QUE SIENTEN AVERSION POR EL ACEITE MINERAL SIMPLE LO TOMAN FACILMENTE. PUEDE DILUIRSE LO QUE SE DESEE PORQUE ES MISCIBLE EN SOLUCIONES ACUOSAS.

PRINTED IN U.S.A.

CUANDO LAS DEFICIENCIAS EMPEORAN

En casos de deficiencias agudas, el empleo de factores individuales separados de la Vitamina B es muy peligroso. Los síntomas agudos pueden desaparecer con rapidez dramática, creando así la ilusión insidiosa de una cura completa. Pero es importantísimo recordar que una manifestación aguda por deficiencia de algún factor de la Vitamina B — **por la naturaleza misma de su origen** — no puede ser otra que la advertencia absoluta de daño adicional, aun más peligroso porque sigue oculto. Sólo hay una regla segura. Cuando estén indicadas grandes dosis de algún factor específico, habrá que fortificar dicho factor con algún complemento adecuado de todo el complejo de la Vitamina B natural. Sólo así podrá la desaparición de síntomas agudos ir acompañada del arresto posiblemente aun más importante, de cambios degenerativos profundos.

Cómo Tomarlo: El Elixir Galen B Fortificado puede tomarse sin diluirlo, o puede agregarse a cualquier alimento líquido o semi-sólido. Las dosis profilácticas para adultos varían de una a dos cucharadas diariamente. Para uso terapéutico se recomienda aumentar estas cantidades al doble.



Envase: El Elixir Galen B Fortificado se envasa en frascos de 4 oz. (118.3 mil.), y 8 oz. (236.6 mil.).

Cada cucharada (15 ml.) contiene no menos de:

Clorhidrato de tiamina (Vitamina B_1)	10.0	mgs.
Riboflavina (Vitamina B_2)	2.5	mgs.
Piridoxina (Vitamina B_6)	2.25	mgs.
Niacina (Acido Nicotínico)	30.0	mgs.
Acido Pantoténico	6.9	mgs.

El Elixir Galen B Fortificado contiene, además, los miembros aun no separados del Complejo de la Vitamina B, tales como la Biotina, el factor Eluate, Inositol, Cholina, Acido Fólico, y el factor del Filtrado. Cada onza flúida contiene también:

Hierro (como citrato de hierro y amonio) ½ grano
Manganeso (como citrato de manganeso) ¼ grano

El Elixir Galen B Fortificado se ofrece como el concentrado más eficaz, en **Una Sola Receta,** contra serias deficiencias del Complejo de la Vitamina B.

Suministra abundantes cantidades de tiamina y riboflavina, junto con los demás miembros del complejo de la Vitamina B, en suficientes cantidades para proteger contra la iniciación de complicaciones múltiples por deficiencias.

Galen Company

BERKELEY, CALIFORNIA, E. U. A.

Distribuidor: RODOLFO BERNAL, Apartado 2048, San Juan, P. R.



¡El sello "SR" significa Calidad Superior!

Los productos "SR", tan favorablemente conocidos, no han sufrido alteración alguna en su establecida norma de calidad, a pesar de los contratiempos ocasionados por el conflicto actual. Sugerimos que consulten siempre a nuestros agentes. ¡Están a sus órdenes!

BOLSAS DE HIELO • JERINGAS DE GOMA
BOLSAS DE AGUA CALIENTE • CATETERES
DUCHAS VAGINALES • ESPARADRAPO
ALGODON • MAMADERAS (SACA LECHE)
COJINES PARA INVALIDOS • IRRIGADORES
GASA ABSORBENTE • TUBERIA DE GOMA
PEZONES (CHUPONES) DE GOMA

FABRICANTES DE LOS GUANTES
"SR" STANDARD PARA CIRUJANOS

The SEAMLESS SR RUBBER Company
NEW HAVEN, CONNECTICUT U. S. A.
Marca de Fábrica Registrada
FABRICANDO ARTICULOS DE GOMA DESDE 1877

Agentes: PELEGRINA & LLORENS, INC.
Salvador Brau 70 - San Juan 17, P. R.



EQUILIBRANDO LA DESCOMPENSACIÓN CARDÍACA

La terapéutica eficaz de compensación Digitálica urgente, o de sostenimiento, ha progresado mucho desde el descubrimiento de la DIGOXINA por los Laboratorios de Investigación de Wellcome Chemical Works de Inglaterra. El glucósido se aisla totalmente en forma estable, pura y cristalina, y es de composición química y de acción farmacológica definidas.

En la clínica y en el laboratorio, la DIGOXINA llena ventajosamente los requisitos de los preparados galénicos de la digital; no necesita normalización biológica de ensayo; es de acción rápida y sostenida; de menor toxicidad y mejor eliminación.

Literatura descriptiva a disposición de la Profesión Médica

Para Uso Oral:
Solución de Digoxina
0.5 de mgm. por cc.—(con pipeta).
Frascos de 10 y 30 cc.
'Tabloid' Digoxina
0.25 de mgm. por comprimido
Frascos de 25, 100 y 500

Para Uso Hipodérmico:
'Hypoloid' Digoxina
Amps. de 0.5 de mgm. en un cc.
En cajas de 3, 5 y 100 ámpulas

DIGOXINA

GLUCÓSIDO DE LA DIGITALIS LANATA

UN PRODUCTO MODERNO DE

BURROUGHS WELLCOME & CO. (U.S.A.) INC.

9 & 11 EAST 41ST STREET, NUEVA YORK 17 (E.U. DE A.)

Casas Asociadas: LONDRES MONTREAL SIDNEY CIUDAD DEL CABO BOMBAY SHANGHAI · BUENOS AIRES

Distribuidor Exclusivo: RAFAEL A. VILLAMIL, Apartado 530, San Juan, P. R.

LOST

Approximately 37% of the Calcium salts found in vegetables are lost in cooking. Utilization of the Calcium may also be incomplete if the supply of vitamin D is inadequate.

Calciwafers & Calcicaps

ALTERNATE DOSAGE FORMS

Supply Calcium and Phosphorus with enough Vitamin D for the absorption of the Calcium provided but also for the Calcium already in the diet.

CALCIWAFERS
Candied wafers, boxes of 50 and 250

CALCICAPS
Capsule form, bottles of 100 and 500

NION CORPORATION

LOS ANGELES 38, CALIFORNIA

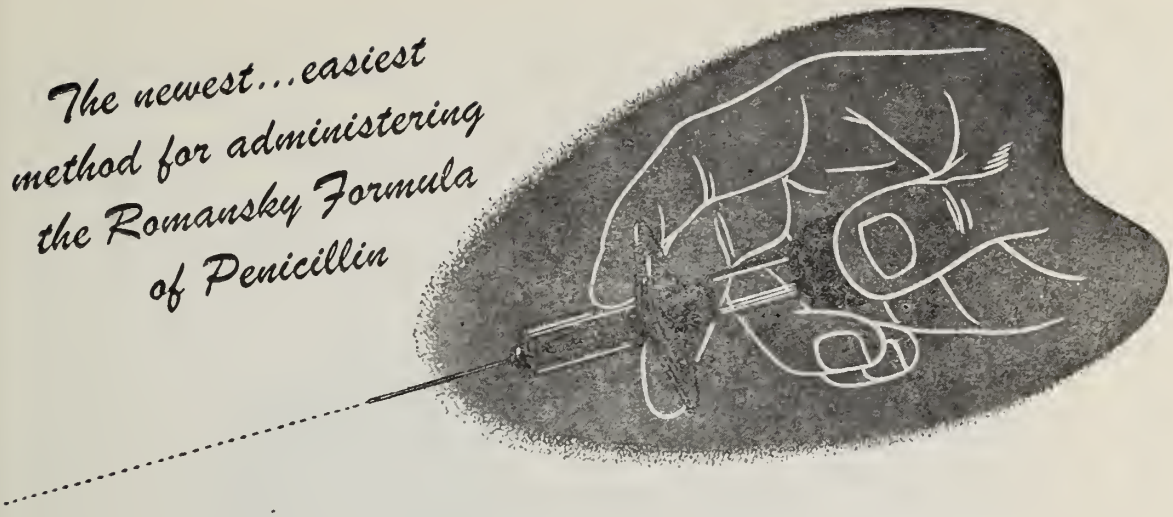
NION

Exclusive Representative

JOAQUIN BELENDEZ SOLA

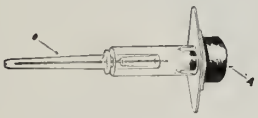
56 Tetuán St. - P. O. Box 1188 - San Juan 6, P. R.

The newest...easiest method for administering the Romansky Formula of Penicillin



Now the physician needs merely to slip a new Abbott penicillin cartridge into a syringe and start the injection. This convenient, sterile unit, always ready for immediate use, consists of: (1) a cartridge containing a single 1-cc. dose of 300,000 units of Penicillin Calcium, Abbott, in Oil and Wax (Romansky Formula); (2) a plastic syringe with a fixed, sterile needle. The syringe is designed to be used once and then thrown away; the needle may not be removed or resterilized. The package containing the unit is small and lightweight, and slips easily into the pocket or emergency bag.

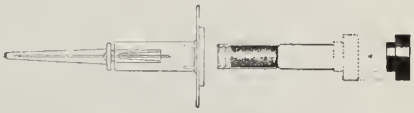
Unit as Removed from Package



Syringe, containing a sterile, 20-gauge needle, is sealed at top with rubber stopper (A), at bottom with removable plastic sheath (B) which protects the sterile needle.

Two-chamber cartridge, supplied with one chamber containing a single 1-cc. dose of 300,000 units of Penicillin Calcium, Abbott, in Oil and Wax (Romansky Formula), the second chamber empty.

Unit Ready for Assembly



To assemble the unit for use, the rubber stopper is removed from the syringe and attached to the open end of the cartridge to form a plunger. To make the injection it is necessary only to insert the cartridge-plunger into the syringe until upper end of the needle punctures the rubber diaphragm.

Other New Abbott Penicillin Specialties

- **PENICILLIN OINTMENT** *ABBOCILLIN*
  1000 units Penicillin Calcium per Gram (*in 1-ounce tubes*)
- **PENICILLIN OPHTHALMIC OINTMENT** *ABBOCILLIN*
  1000 units Penicillin Calcium per Gram (*in ⅛-ounce tubes*)
- **PENICILLIN TROCHES** *ABBOCILLIN*
  Each Troche contains 1000 units (*in bottles of 24*)
- **PENICILLIN TABLETS** *ABBOCILLIN*
  Each tablet contains 25,000 units (*in bottles of 12 and 25*)

Abbott Laboratories P. R.
80-82 S. Brau St. - P. O. Box 1082
San Juan, P. R.

LAS FARMACIAS DE BLANCO

EN SAN JUAN Y SANTURCE

invitan atentamente a la distinguida clase médica para que visite sus instalaciones y departamentos de recetas y solicitan su autorizada crítica.

●

LA FARMACIA DE BLANCO

DE SAN JUAN

cuenta con un frigorífico de gran capacidad para atender en cualquier momento servicios profesionales a los señores médicos y al público en general en que se necesiten bajas temperaturas.



SULFADIAZINA en la Neumonía

La quimioterapia encuentra en la Sulfadiazina el medicamento de elección en el tratamiento de la Neumonía. Su acción es igualmente eficaz frente al neumococo como al estreptococo hemolítico, estafilococo, bacilo de Friedländer y otros agentes que configuran la flora bacteriana más frecuente en esta afección.

Su rápida asimilación, alta concentración sanguínea, acción bacteriostática y gradual descenso del índice sanguíneo ponen al alcance del médico un agente de insustituible eficacia.



LEDERLE LABORATORIES DIVISIÓN DE AMERICAN CYANAMID COMPANY INC.

30 ROCKEFELLER PLAZA, NEW YORK 20, NEW YORK

SUCURSALES Y REPRESENTANTES EN TODA LA AMÉRICA LATINA

Riboflavin (VITAMIN B_2)

for adequate parenteral therapy



THE PRODUCTION of Flavaxin Soluble "Niphanoid," a complex salt of riboflavin, makes it easy to administer a sufficient dose of this vitamin by the parenteral route. Although it is suggested that 5 mg. be dissolved in 2 cc. sterile distilled water, larger doses may be given in small volume (e.g., 15 mg. in 3 cc.). Injections may be made subcutaneously, intramuscularly or intravenously. Thus, any dosage requirement for the treatment of marked ariboflavinosis can now be met.

ampuls for injection

Flavaxin Soluble "Niphanoid" is available in ampuls of 5 mg., boxes of 5 and 25 ampuls.

tablets for oral use

Flavaxin tablets of 1 mg. and 5 mg., bottles of 25 and 500.

Flavaxin Soluble

Reg. U. S. Pat. Off. & Canada

NIPHANOID*

FLAVAXIN, Brand of Synthetic Riboflavin

*"Niphanoid," trademark, Winthrop Chemical Company, Inc.

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.

Pharmaceuticals of merit for the physician NEW YORK, N. Y. WINDSOR, ONT.

909M

WINTHROP CHEMICAL COMPANY, INC.
77 Allen St., San Juan, P. R.

Problema . . . .



UNA MADRE QUE NO PUEDE AMAMANTAR A SU HIJITO

WYETH INTERNATIONAL LIMITED · NEW YORK

Solución = S.M.A.

CUANDO LA MADRE NO PUEDE AMAMANTAR A SU HIJITO, S.M.A. RESUELVE EL PROBLEMA DE LA ALIMENTACION INFANTIL, PORQUE ES EL PRODUCTO QUE MAS SE APROXIMA A LA LECHE MATERNA.

● Si se diluye bien de acuerdo con las instrucciones, S.M.A. es esencialmente semejante a la leche materna, no sólo en cuanto a las proporciones de los constituyentes nutritivos sino también por sus características físicas y químicas. S.M.A. es el alimento lógico para los niños desprovistos de la leche materna. Proporciona las vitaminas A, B y D en cantidades suficientes para el régimen alimenticio normal del niño, el cual se complementa con jugo de naranja. Este método de alimentación artificial es fácil y lógico, si se consideran las ventajas excepcionales de ser satisfactorio para todos los interesados: el niño, la madre y el médico.



ACCEPTED AMERICAN MEDICAL ASSN Council on Foods

Aceptado por la Junta de Alimento
de la Asociación Médica American

WYETH INTERNATIONAL LIMITED · NEW YORK, N.Y. E.U

WS—1-A

Printed in U.S.A

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA

DE PUERTO RICO

Publicado mensualmente bajo la dirección de la Junta Editora

Año XXXVII	DICIEMBRE, 1945	Número 12

EL TRATAMIENTO DE LA ANSIEDAD*

LUIS M. MORALES, M.D., F.A.C.P.
San Juan, P. R.

I

La ansiedad puede ser una reacción biológica normal ante el peligro o la amenaza de peligro. Sólo es patológica cuando ocurre en las siguientes circunstancias: (1) cuando se experimenta con intensidad excesiva y desproporcionada al estímulo que la provoca, (2) cuando se prolonga demasiado como respuesta a un estímulo apropiado, o (3) cuando hace su aparición o persiste sin haber un factor externo que la provoque.

Es la ansiedad un fenómeno afectivo, esto es, emocional. La alegría, la tristeza, la exaltación, la depresión, la euforia: todos estos son estados afectivos. La ansiedad es también un estado afectivo especial en el que, como en todas las emociones, participa el organismo **como unidad.** Y es, lo que llaman en inglés un "all-over reaction", es decir, una reacción total de la personalidad, del "yo" individual. Aunque es un fenómeno eminentemente psíquico, tiene concomitantes fisiológicos muy notables.

La ansiedad se parece al miedo, pero ansiedad y miedo no son sinónimos, aunque sus repercusiones fisiológicas sean idénticas. El miedo es la respuesta psicobiológica normal ante un peligro real del cual la persona se halla consciente. No podría distinguirse de la ansiedad normal. Pero la ansiedad morbosa, patológica, la que ocurre en las circunstancias que mencionamos al principio, es un síntoma neurótico que tiene sus orígenes en la esfera no-consciente del individuo, que no sabe por qué se siente ansioso.

En toda enfermedad mental existe la ansiedad, igual que existe el dolor y la fiebre en toda inflamación. Siendo como es una reacción psicofísica, se manifiesta objetivamente mediante los síntomas somáticos más diversos. El sufrimiento que produce en su víctima puede ser tan intenso que no hay dolor físico que sea capaz de igualarlo.

Siendo, como también es, síntoma de las más variadas formas de morbosidad mental, hablar del tratamiento de la ansiedad en general sería algo así como hablar del tratamiento de la fiebre, o del dolor, o del insomnio, o de cualquier otro síntoma de enfermedad. Pero del mismo modo que es aceptable y conveniente hablar de cómo aliviar un dolor, como sin-

* Trabajo presentado en la reunión de la Asociación Médica del Distrito de San Juan en octubre 7, 1945, y en la de Arecibo en noviembre 25, 1945.

toma, o del juicioso empleo de los febrífugos, o de los hipnóticos, aparte del tratamiento básico de la enfermedad que esté produciendo el síntoma, no estaría mal considerar el tratamiento de la ansiedad como síntoma.

Aún así he limitado mi tema. No voy a referirme precisamente al tratamiento de la ansiedad cuando ésta aparece como síntoma integrante de un síndrome psiquiátrico. Voy a circunscribirme al manejo psicoterapéutico del llamado **estado ansioso**, en su forma más o menos pura, con el que se tropieza el médico general con harta frecuencia en su práctica diaria. El estado ansioso agudo, más propiamente conocido por la "crisis de angustia" ocurre episódicamente en individuos que por lo demás funcionan normalmente en todo sentido, a excepción de estas reacciones más o menos fugaces y periódicas de su temperamento ansioso. Es mi propósito hacer aquí una breve síntesis de la técnica psicológica que debe formar parte del armamentarium terapéutico de todo médico.

El sufrimiento que acusa el ansioso, especialmente durante la crisis aguda es tan intenso y tan real, que es deber de todo médico familiarizarse con la fisiología, la patología y la terapéutica de este fenómeno, para que pueda proporcionar al enfermo la ayuda que requiere. Los síntomas somáticos de la crisis de angustia se deben a una disfunción del simpático, que puede repercutir en toda la musculatura lisa y en el sistema glandular. De aquí la palidez, la sensación de vértigo, la boca reseca, las pupilas dilatadas, la sensación de asfixia, la opresión en el pecho, los temblores y espasmos musculares, el "vacío en el estómago", las extremidades yertas, el pulso rápido, la sudoración profusa, la poliuria, la diarrea: en fin, todo el tren de síntomas que durante el ataque son tan desagradables y tan francamente alarmantes para el enfermo, que cree en ese momento que va a morir.

Y ¿qué hace el médico ante estos casos? Si es observador y está consciente de su misión la crisis ansiosa será para él algo inconfundible. Mas no basta reconocerla. No es suficiente asegurarse de que el ataque no se debe a ninguna lesión orgánica. Es preciso que el médico sepa qué es lo que le está sucediendo al enfermo y pueda explicárselo en forma comprensible para la víctima.

II

Resulta interesante la actitud del médico no especializado en psiquiatría ante un enfermo de esta índole. Yo clasificaría esta actitud, en tres categorías, a saber: La primera es la del médico cuya orientación es puramente somática. Este tipo de médico jamás podrá comprender a estos pacientes. Desconoce la verdadera patología de esta enfermedad, que no radica en el campo estructural, e intuyendo su ignorancia y su impotencia ante el problema, reacciona hostilmente hacia el enfermo: éste lo cogerá la primera vez, pero después el médico huirá del paciente, excusándose de acudir cuando lo llama. O si no, cuando va a verlo, lo insulta, tratando de hacerle creer al paciente que no tiene nada y que sus quejas se deben a teatralidad o a pura imaginación; o lo ridiculiza, mofándose de los síntomas; o lo empeora dando al paciente cualquier explicación baladí y falsa, por salir del paso, y poniéndole, por hacer algo, una inyección de aceite alcanforado o usando cualquier otro placebo que no hace otra cosa que convencer al enfermo de que en realidad tiene "el corazón débil" o "los intestinos inflamados". Con ésto fija más éste su atención en los síntomas, y se intensifica el patrón hipocondríaco de reacción. Lo

único que se merecen estos médicos es que algún día sufran ellos mismos una formidable crisis de angustia.

En la segunda categoría está el médico compasivo, que en realidad desearía hacer algo por su paciente, pero que también ignora qué es lo que le pasa. Este tipo de profesional se identifica inconscientemente con el enfermo y se envuelve en los problemas de éste. Los toma como suyos, quiere resolvérselos de acuerdo con sus propios prejuicios emocionales y vive la angustia en íntima condolencia con su paciente. De más está decir que este tipo de profesional tampoco será capaz de aliviar a esta clase de enfermos. El paciente, como veremos más tarde, lo que busca en su médico es una personalidad fuerte y segura de quien recostarse cuando se siente tan desvalido. Si nota que su ansiedad ha afectado al médico, perderá confianza y se sentirá más alarmado al ver que su dolencia es de tan grave naturaleza, que hasta ha contagiado a su protector. Por eso el médico deberá siempre asumir y conservar una actitud de interés, comprensión y simpatía hacia el ansioso, pero sólo hasta cierto punto, para así poder hacerle ver que su interés, aunque sincero y genuino, es impersonal, y que la ansiedad es asunto del paciente mismo sin que sea capaz de afectar al médico.

El tercer tipo de médico es el de inteligencia clara, emociones estables, criterio amplio, gran curiosidad intelectual y vocación certera, que combina la ciencia con el arte de curar. Se mantiene al tanto de los progresos de la medicina psicosomática y podrá brindar a sus enfermos un auxilio óptimo. Me dirijo especialmente a estos profesionales que representan lo mejor que hay en nuestra clase, y que están siempre ávidos de captar información que pueda orientarlos hacia una mejor comprensión de sus pacientes como personas.

III

Antes de hablar sobre el tratamiento psicológico de los estados ansiosos veamos cómo se producen estos estados, y porqué surgen.

La ansiedad neurótica tiene sus raíces, como ya hemos apuntado, en el plano no-consciente de la vida mental. Generalmente es producida por la tensión de un conflicto entre ciertos deseos prohibidos, reprimidos, y las fuerzas del super-yo, que es aquella parte de la personalidad integrada por la censura ética, moral, religiosa, social y legal que va incorporándose en el individuo y formando parte de él, mediante la educación y la cultura ambiental, desde que viene al mundo. El individuo que es víctima de uno de estos conflictos del cual a lo mejor no se da cuenta, está contínuamente en un estado de tensión. Es asombroso cómo tantas personas tienen problemas vitales, incluso algunos que resultan tan obvios para los demás y sin embargo no se dan cuenta ellos mismos de que los tienen. Hay pocas personas que sepan a conciencia cómo son sus verdaderos sentimientos hacia sus familiares más cercanos, hacia su trabajo, hacia ellos mismos. Son éstas, cosas que se toman por supuesto y en las que uno no se detiene a pensar amenos que los sentimientos se embrollen de tal manera que uno no sepa a qué atenerse. Mas aún así la persona muchas veces no sabe qué es lo que le pasa. Sólo siente la tensión producida por el conflicto entre sentimientos encontrados. No tiene esto nada que ver con la inteligencia del individuo: es más mientras más inteligente es, más se ofusca y se confunde emocionalmente. Con frecuencia es ésta la base de la reacción ansiosa.

La tensión del conflicto produce fatiga—no la fatiga del esfuerzo muscular sino la producida por estar continuamente tenso. Trata entonces la persona, durante largo tiempo, de resolver por sí sola el problema emocional cuya verdadera naturaleza desconoce. De vez en cuando aparecerán fugazmente los síntomas de la angustia, que pronto desaparecen. Continúa la lucha, hasta que la persona, sin saberlo, se da por vencida. Entonces el ansioso vuélvese introspectivo y comienza a fijar su atención en las sensaciones somáticas producidas por la misma tensión: El dolor en la nuca, causado por tensión de los músculos del cuello, que el enfermo interpreta como "dolor en el cerebro", la sensación de mareo, probablemente debida a dilatación pupilar de origen simpático; la peristalsis intestinal aumentada, la taquicardia y muchas otras molestias que acrecientan el miedo de la pobre víctima y le hacen sentirse gravemente enferma. Y un buen día explota la crisis de angustia en toda su intensidad dramática.

De mi práctica diaria entresaco al azar las siguientes situaciones productoras de ansiedad: el caso de una madre cuyo hijo predilecto está a punto de casarse con una muchacha que ella no tolera; el de una esposa cuarentona que ve, impotente y aterrada, como va perdiendo al marido que se le ha enamorado de una linda adolescente; la hija de un padre tirano que se opone a sus amores, que ella lleva clandestinamente; el padre de familia que después de haber dado sus mejores años de labor intensa y leal en su empleo se siente amenazado de que lo suplante un advenedizo; la mujer casada que está llevando relaciones ilícitas extramaritales; el adolescente que siente unos celos tremendos de otro hermano a quien cree preferido por sus padres. Estas y muchas otras situaciones vitales son eminentemente productoras de ansiedad que se traduce en síntomas somáticos. Y estos síntomas no desaparecerán hasta que el conflicto no haya sido plenamente ventilado a la clara luz de la conciencia, y hasta que el enfermo no pueda comprender cómo la tensión producida por el problema emocional es lo que produce sus síntomas.

IV

Y ¿qué hacer por estos individuos? ¿Cómo tratarlos? ¿Está acaso llamado el médico no especializado en psiquiatría a intervenir usando técnicas psicológicas? ¿Podrá disponer el médico general del tiempo necesario para aplicar estas técnicas?... Trataré de contestar estas preguntas. Empecemos por la última. Si el médico sabe lo que tiene entre manos, si está seguro de su diagnóstico y si conoce los elementos fundamentales de la psicopatología, no le tomará más tiempo tratar adecuadamente una neurosis de ansiedad que el que le tomaría atender eficazmente una cardiopatía, una diabetes o una endocrinopatía. Si se sumara el tiempo invertido en el tratamiento juicioso de cualquiera de estas entidades clínicas a la larga no resultaría más del que habría de emplear en aliviar a un ansioso. Todo es cuestión de saber lo que se está haciendo, más una buena dosis de paciencia y de buena voluntad.

El médico está no solamente llamado sino obligado a intervenir en estos casos y es su deber profesional familiarizarse con las técnicas apropiadas para hacerlo bien. Esto tiene una importancia singularísima en nuestro país por dos razones fundamentales: por lo mucho que abundan los estados ansiosos debidos a nuestro temperamento y a la influencia de nuestra cultura, y por la gran escasez de especialistas psiquiátricos. Esos pocos

cargamos con el peso de una labor ímproba, y debe reservarse nuestra intervención para aquellos casos que por su complejidad o dificultad requieran técnicas más especializadas para su tratamiento.

V

Y ahora ¿cómo tratar estos casos de neurosis de ansiedad?... No voy a detenerme a considerar la terapia medicamentosa con sedantes, antiespasmódicos, etc. Esta tiene sus indicaciones, siempre que se le explique al enfermo que su efecto es puramente sintomático y no curativo, y que se usa para aliviar sus molestias físicas temporalmente, en lo que se le ayuda a resolver el problema fundamental. El núcleo del tratamiento debe ser la psicoterapia.

La psicoterapia a emplearse en estos casos debe tener ciertos **propósitos** que se alcanzan por ciertos **medios.** Sin disponer del tiempo necesario para comentarlos detalladamente, me limitaré a esbozarlos:

Los **propósitos** de la psicoterapia pueden resumirse en tres puntos, a saber: (1) ayudar al paciente a ver claramente cuáles son sus problemas vitales (2) demostrarle la relación que existe entre su conflicto y la ansiedad que se manifiesta en síntomas psicosomáticos y (3) ayudarlo a que tome una decisión juiciosa para la solución del conflicto. Es realmente sorprendente cómo este tercer propósito lo consigue el propio paciente casi automáticamente una vez que se hayan realizado los dos primeros.

Los **medios** de que se vale el psicoterapeuta para llevar a feliz éxito su labor podrían sintetizarse en los siete pasos siguientes: (1) Establecer entre médico y paciente una relación inicial que en lenguaje psicoanalítico se llama **transferencia** o **traslado positivo,** y que consiste en un estado afectivo de simpatía y confianza, de suerte que el paciente vea en su médico un amigo competente y comprensivo que entiende su problema y de quien puede depender. (2) Darle al paciente el apoyo y la confianza que su personalidad acobardada ansía, proporcionándole así la oportunidad para identificarse inconscientemente con la fortaleza moral que para él representa el terapeuta. (3) Ayudarlo a descubrir y a desenmascarar y luego a expresar verbalmente ciertos recuerdos aislados, fantasías, experiencias, conflictos y emociones reprimidas y suprimidas, trayendo todo este material patógeno a la consciencia. Esto es lo que en psicoanálisis se conoce por "abreacción". (4) Dirigir la atención del paciente hacia sus verdaderos sentimientos, destruyendo sus engañosas racionalizaciones. Así se le ayuda a desarrollar un auto-conocimiento más cabal y una autocrítica más sana, y también a comprender la relación que existe entre sus conflictos mentales, pasados y presentes y sus síntomas actuales. (5) Desensitizarlo hacia el recuerdo de las situaciones que le producen ansiedad. Del mismo modo que se desensitiza a un alérgico mediante la repetida inoculación de pequeñas dosis graduadas de la substancia a la que es sensitivo, se hace con el ansioso haciéndolo relatar repetidas veces sus experiencias ansiógenas hasta que pueda tolerarlas con objetividad. El enfermo aprende así a ver la diferencia que hay entre el peligro ya pasado y la seguridad actual, y entre las ansiedades producidas por experiencias emocionales de tipo infantil y el mundo de la realidad a un nivel adulto. (6) Reeducar la personalidad, orientándola hacia métodos más efectivos e inteligentes de manejar el conflicto entre sus deseos más íntimos y los obstáculos que impone la realidad para su

realización. (7) Estimular al paciente en sus intentos de funcionar a un nivel emocional adulto, y prestarle la confianza que necesita en sí mismo para actuar con más madurez. Así se irá desprendiendo poco a poco de su sentimiento inicial de dependencia del médico que le sirvió de muleta al principio, hasta que se sienta lo suficientemente seguro de sí mismo para poder resolver sus problemas independientemente y caminar por la vida sin soportes emocionales artificiales.

Para el novato en estas cuestiones esta formulación parecerá un programa formidable y difícil de realizar. Pero si se examina cuidadosamente cada uno de estos puntos tendremos que convenir en que un mínimum de entrenamiento técnico y un máximum de buena voluntad y de intención terapéutica, atributos éstos que son característicos de todo buen médico, serán suficientes para que puedan cumplir a cabalidad con su deber para con el ansioso.

Son muchos los buenos médicos clasificables en la tercera categoría de las que antes mencionamos que, sin haber estudiado psicopatología ni psicoterapia ayudan eficazmente al neurótico, porque su intuición les dicta cómo deben proceder. Pero lo que hacen no es otra cosa que poner en práctica, sin saberlo, estos principios de la ciencia y el arte psicoterapéuticos, lo mismo que aquel famoso personaje de Moliére que se pasó la vida hablando en prosa sin darse cuenta de ello. Mas ¡cuánto más eficaz y satisfactoria no sería su actuación si sùpieran exactamente qué es lo que están haciendo al utilizar estas técnicas!

VI

Para terminar, resumiré los principios fundamentales del consejo psiquiátrico, repitiendo la útil fórmula de Karl Menninger.

1— Demuéstrele al paciente que Vd. está interesado en él.

2— No le mienta, ni le dé placebos, ni tome sus síntomas en broma; y no le prometa nada.

3— Escuche pacientemente lo que él tenga que decirle. Escúchelo muchas veces. Escúchelo por mucho tiempo, solo y sin interrupciones.

4— Oigalo sin censurarlo, ni de palabra ni con la expresión; sin regañarlo, sin ridiculizarlo, sin reirse de él. Los síntomas de desadaptación no tienen para el paciente nada de graciosos, aunque a Vd. le parezcan absurdos y risibles muchos de ellos.

5— Absténgase de dar consejos, tratamiento u opiniones hasta que Ud. no sepa qué es lo que le produce la infelicidad a su enfermo. Y entonces, no le diga Ud. que esa infelicidad es la causa de sus síntomas, sino que podría serla.

6—Ayude poco a poco a su paciente a ver la relación que hay entre su infelicidad y sus síntomas, y a darse cuenta cabal de que sobre él pesa la responsabilidad de modificar sus técnicas de adaptación o su ambiente para poder alcanzar la paz espiritual que anhela. En vez de permitirle que eche toda la responsabilidad de su curación sobre Vd., hágale ver que es éste el mótodo racional y el único que tendrá éxito para su curación permanente.

VII

RESUMEN: Expusimos brevemente el concepto de la ansiedad, como síntoma, y como factor predominante en la llamada "crisis de angustia". Consideramos las actitudes que generalmente asumen los médicos ante el enfermo ansioso, y que

pueden resumirse en tres tipos, a saber: (1) de hostilidad, debida a ignorancia; (2) de identificación neurótica con el enfermo, o (3) de comprensión y ayuda eficaz. Comentamos luego el mecanismo de la ansiedad, mencionando algunas situaciones ansiógenas. Insistimos en la responsabilidad que tiene el médico general para con el enfermo neurótico. Hicimos, para terminar, un resumen de los principios que deben regir el tratamiento de la ansiedad por medio de la psicoterapia.

EL NEUMOTORAX ARTIFICIAL COMO MEDIDA DE SALUD EN PUERTO RICO

J. RODRIGUEZ PASTOR, M. D.
Santurce, P. R.

Puesto que el número de camas disponibles para casos contagiosos ha sido siempre limitado, puede decirse que nuestra principal arma de combate en la lucha antituberculosa en Puerto Rico ha sido la aplicación del neumotorax artificial a casos ambulantes, en dispensarios. ¿Hasta qué punto ha sido efectiva esta medida? Tenemos algunas cifras que ofrecer para ayudar a contestar esta pregunta. En dos acosiones hemos publicado, conjuntamente con el Dr. E. Garrido Morales [1, 2] estadísticas basadas en la revisión de millares de casos tratados en los centros antituberculosos de nuestro Departamento de Sanidad; pero nada me parece tan convincente como los resultados de un estudio efectuado hace tres años en el Centro Antituberculoso de Santurce, con la colaboración del Dr. Juan Arruza, Director de ese centro en aquella época. [3] En este estudio revisamos ciento seis casos después de cinco años de iniciado el tratamiento, con el objeto de averiguar la condición de cada uno. Los casos no fueron seleccionados, sino que se sacaron del archivo por orden alfabético, eliminándose solamente aquellos cuya condición actual se desconoce, y aquellos que tuvieron menos de 6 meses de tratamiento. El estudio se limitó a casos iniciados en el año 1937 o antes.

El 85% de los 106 casos estudiados habían sido clasificados como avanzados, de acuerdo con las normas de la Asociación Nacional de Tuberculosis de Estados Unidos, al iniciarse el tratamiento. Teniendo en cuenta esta alta proporción de casos avanzados, los resultados obtenidos en esta investigación nos parecen ser corroborativos de la eficacia del tratamiento según se aplica en nuestros dispensarios. De los 106 casos investigados, 78 (74%) vivían y estaban clasificados como casos detenidos o aparentemente curados; 5 vivían, pero estaban en malas condiciones de salud y 23, o sea el 22%, habían fallecido. Tenemos, pues 74% de éxitos y 26% de fracasos en 106 casos, después de cinco años de iniciarse el tratamiento. Solamente 48 de los 106 casos recibieron el tratamiento por más de 3 años. 40 de estos 48 vivían y estaban bien y 8 estaban graves o habían fallecido. Hubo, pues, un 83% de éxitos en este grupo. De treinta y seis que recibieron el tratamiento de uno a tres años, veintiseis fueron éxitos (72%) y diez fueron fracasos. Los que tuvieron de seis meses a un año de tratamiento fueron 22. De estos, 12 vivían y estaban bien y 10 habían fallecido, o sea un 54% de éxitos y un 46% de fracasos.

Las anteriores cifras demuestran la importancia del tiempo de tratamiento como factor en el pronóstico.

Resultados del tratamiento de Neumotorax después de 5 años.

Duración del Tratamiento	Exitos	Fracasos
Más de 3 años de Tratamiento (48)	83%	17%
De uno a 3 años (36 casos)	72%	28%
De seis meses a un año (22 casos)	54%	46%
Total (106 casos)	74%	26%

¿Cuál hubiera sido el destino de estos casos, al cabo de cinco años, de no haber sido tratados con neumotorax artificial?

La respuesta a esta pregunta la hallamos en otro estudio que hicimos nosotros en el año 1941. De 791 casos diagnosticados en nuestros dispensarios antes de abril, 1936, y recomendados en aquella época como casos propios para el tratamiento de neumotorax, 455 recibieron este tratamiento por más de un año y 248 no lo recibieron por distintas razones (porque se negaron a recibirlo, porque se perdieron de vista o porque no fué posible establecer el colapso debido a sínfisis pleural.) Cuando se revisaron estos casos cinco años después, o sea en abril de 1941, se halló que de los 248 casos que no recibieron colapsoterapia, 102 o sea el 40%, habían fallecido. De los 455 que se sometieron al tratamiento durante más de un año, habían fallecido 44, o sea el diez por ciento. Esta comparación no deja lugar a dudas en nuestras mentes en cuanto a la eficacia del neumotorax aplicado en dispensarios, cuando se continúa por un espacio razonable de tiempo.

Desde el punto de vista de la salud pública, el neumotorax artificial aplicado en dispensarios en casos de tuberculosis tiene un gran valor, puesto que elimina los bacilos del esputo en una proporción considerable de casos contagiosos, controlando así la diseminación de la enfermedad.

En el año 1941, ([2]) revisamos 4,888 casos que habían sido tratados con neumotorax artificial en nuestros dispensarios antituberculosos en distintas épocas, a partir del año 1935. De estos casos, 2,004 habían recibido el tratamiento por períodos que fluctuaban entre 3 meses y un año, y 1,912 lo recibieron por más de un año. Entre los pacientes del segundo grupo se consiguió eliminar los bacilos del esputo en el 66%. Del primer grupo, con menos tiempo de tratamiento, se convirtió el esputo en negativo en el 37%, resultando una proporción de 51% de conversiones del esputo positivo en negativo entre el grupo de pacientes tratados por más de tres meses.

En el anterior grupo de 4,888 pacientes, se hallaron cavernas en 3,710. De estos, 1,450 recibieron el tratamiento de neumotorax por más de un año, hallándose las cavernas cerradas en el 62% después de cinco años de observación. Hubo 1,530 que recibieron el tratamiento por períodos de tres meses a un año, y de estos se consiguió cerrar las cavernas en el 32%.

Nuestra experiencia en el Departamento de Sanidad en cuanto al tratamiento de casos de tuberculosis pulmonar con neumotorax bilateral en dispensarios ha sido, en general, bastante satisfactoria. De 201 casos tratados por más de un año, se convirtió el esputo en negativo en el 66% de los casos y de 123 tratados por períodos de tres meses a un año, se consiguió convertir el esputo en negativo en el 39%. Estos resultados en neumotorax bilateral nos parecen bastante satisfactorios, especialmente cuando se tiene en cuenta que muchos de estos pacientes se ven obligados a seguir trabajando durante todo el curso del tratamiento.

Los riesgos de accidentes fatales como consecuencia del neumotorax aplicado en dispensarios son menores de los que se creyó en un principio, cuando no se tenía experiencia en este método de tratamiento. En los dispensarios de nuestro Departamento de Sanidad se registraron quince accidentes fatales durante los primeros siete años, casi todos debidos a embolias de aire. Hubo, además, 111 accidentes graves, en un total de 296,915 insuflaciones, o sea un accidente grave en 2,356 insuflaciones, y un accidente fatal en 19,794.

En cuanto a la pleuresia con derrame como complicación del neumotorax, halla-

mos, entre los casos tratados en los dispensarios del Departamento de Sanidad, una incidencia de 17% de derrames serosos en casos mínimos; 26% en los casos moderadamente avanzados y 35% en los muy avanzados. En cuanto a los casos complicados con empiema, las proporciones fueron de 0.5% entre los casos mínimos, 3% entre los moderadamente avanzados y 8% entre los muy avanzados.

Las ventajas del neumotorax artificial como medida de salud pública pueden resumirse como sigue:

1— Contribuye a evitar la propagación de la enfermedad, puesto que elimina los bacilos del esputo en una proporción considerable de casos contagiosos.

2— En países donde las condiciones de la vivienda no permiten aislar el enfermo pobre en el hogar y donde no existen suficientes recursos para el aislamiento de todos los casos contagiosos en hospitales, el neumotórax viene a ser el recurso de mayor importancia para evitar la propagación del contagio.

3— La frecuente asistencia del enfermo al dispensario, para los fines del tratamiento de neumotórax, facilita su educación y la de sus familiares en materias de higiene.

4— Los resultados beneficiosos que produce en el enfermo el tratamiento del neumotórax artificial constituyen un argumento poderoso en beneficio de la campaña antituberculosa. El enfermo beneficiado trae a sus familiares y vecinos para examen y propaga las enseñanzas del dispensario.

5— El público y los legisladores ven en el neumotórax artificial una demostración práctica de lo que puede hacerse en beneficio del enfermo tuberculoso pobre con los fondos públicos, y esto facilita la tarea de conseguir asignaciones suficientes para otros aspectos de la lucha antituberculosa.

El aparato de neumotórax, el fluoroscopio y el fluorógrafo son tres implementos imprescindibles de la campaña antituberculosa moderna. El aparato de neumotórax debe ser usado por los especialistas. El fluoroscopio debe ser usado por los oficiales médicos que trabajan en unidades de salud pública. Una Unidad de Salud Pública sin fluoroscopio no puede estar completa. El fluorógrafo es el método por excelencia para la búsqueda de casos en grandes grupos de población.

La tuberculosis puede combatirse con mayores probabilidades de éxito que cualquiera de las enfermedades infecciosas que constituyen nuestros grandes problemas de Salud Pública. Conocemos su causa, su epidemiología y su profilaxis. Tenemos métodos eficaces de tratamiento. Con un expendio razonable de dinero podemos detener la propagación de la enfermedad, y estamos en condiciones de predecir con bastante exactitud el descenso que puede esperarse en las cifras de mortalidad en un número determinado de años, en relación con las cantitdades que se inviertan y las medidas que se tomen.

Dando por sentado que las labores de salud pública estarán en manos competentes, puede decirse que el número de muertes por tuberculosis durante los próximos diez años en Puerto Rico dependerá ante todo de las cantidades de dinero que los legisladores estén dispuesto a invertir en la lucha antituberculosa.

TRABAJOS CITADOS

1. *E. Garrido Morales* y *J. Rodriguez Pastor*, "Pneumothorax Treatment of Ambulant Cases as a Public Health Measure", Transactions of the Thirty Fourth Annual Meeting of the National Tuberculosis Association, 1938.

2. *E. Garrido Morales* y *J. Rodriguez Pastor*, "Collapse Therapy as a Public Health Measure in Tuberculosis", Boletin de la Asociación Médca de Puerto Rico, Año XXXIII, No. 4, Abril 1941.

3. *J. Rodriguez Pastor* y *Juan Arruza*, "Resultados del Tratamiento de Neumotórax después de cinco años", leído en la Asamblea Anual de la Asociación Puertorriqueña de Tisiólogos, 1942, Santurce, Puerto Rico.

INFORME DEL PRESIDENTE DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

—AÑO 1945—

C. E. MUÑOZ MacCORMICK, M. D.

Santurce, P. R.

Sr. Speaker y señores miembros de la Cámara de Delegados:

Dentro de breves días daremos fin a nuestra gestión administrativa en la presidencia de la Asociación Médica para dar paso a nuestro sucesor. Al dar rendimiento a la ardua tarea que vosotros tuvisteis a bien poner sobre mis hombros, podría sentirme satisfecho de la labor que hemos podido llevar a cabo si mi espíritu estuviera amoldado a los logros pequeños, a los éxitos materiales y a los triunfos pasajeros; pero no siendo así, aún nos queda la pena de no haber logrado que la totalidad de la matrícula despierte ante la necesidad absoluta de que en vista de los acontecimientos actuales se antepongan a las comodidades y egoísmos individuales el bienestar colectivo de nuestra clase.

Todos estamos conscientes de que la clase médica, colectivamente hablando, perdió algo del prestigio de que gozara de antaño ante la comunidad puertorriqueña, y lo perdió no por la acción y el proceder del grupo en su totalidad, sino por la inescrupulosidad de unos pocos, que no supieron corresponder a los altos cánones de ética y de moral que nos legaron los que nos precedieron en el noble apostolado de llevar la salud a nuestro prójimo. Ante esta triste situación, dedicamos gran parte de nuestro tiempo a tratar de levantar el entusiasmo entre ese grupo de colegas, a revivir su interés en los sanos preceptos que hacen de nuestra profesión un noble apostolado, y en plantearles aquellas situaciones que han hecho que nuestro pueblo pierda en parte, la fe, el cariño y el respeto que le infundieron en años pretéritos los miembros de la profesión médica. En nuestro primer año en la presidencia trajimos ante la consideración de nuestros colegas varios de estos problemas; en este segundo año empezamos nuestra campaña con las palabras de admonición que queremos repetir en este informe para que sean leídas una vez más por los miembros de la Asociación, sobre todo por los pocos que aún no están de lleno en el camino de la rectitud profesional. Decía así nuestra introducción a la carta mensual de enero de este año:

> "El mes que termina ha puesto de manifiesto una vez más la gran necesidad de que todos los miembros de la profesión médica nos alineemos como un sólo hombre para salvaguardar el prestigio de nuestra clase y velar por el bienestar individual y colectivo de todos y cada uno de nuestros compañeros.
>
> "En distintas ocasiones durante el

mes de enero, nos hemos visto precisados a defender nuestra agrupación de ataques que tendían a poner en entredicho ante la opinión pública el buen nombre y prestigio de nuestros colegas. Esta presidencia está dispuesta a ir hasta donde sea preciso en defensa de los derechos que, como clase, tenemos adquiridos, y no vacilará un solo momento en salir al encuentro de todo el que atentare contra nuestro prestigio colectivo; pero para que nuestras argumentaciones lleven el peso de la razón es imprescindible que nuestros colegas, individualmente, den fiel cumplimiento a los sagrados postulados de la más noble de las profesiones.

"Un solo desliz que cometa uno de nuestros asociados es suficiente para que se hagan comentarios públicos y privados contra la clase médica en general. Es por esto que, individualmente, debemos esforzarnos por proceder en todo momento con la mayor cordura, evitando así que nuestras actuaciones individuales puedan tomarse como base para lanzar acusaciones contra la clase en general.

"El médico consciente de su deber ciudadano, consciente de los sacrificios que espontáneamente se impuso al emprender esta profesión, y consciente también de los principios de ética que conlleva el ejercicio de la medicina, muy raras veces se ve envuelto en litigios o controversias de índole alguna; pero el que olvidándose de sus sagradas obligaciones se deja arrastrar por ímpetus de juventud o ambiciones desmedidas, no sólo se hace daño a sí mismo, sino que lo hace también a sus demás compañeros de profesión. A estos colegas, que afortunadamente, son los menos, van dirigidas nuestras palabras de admonición, que quiera Dios, sean bien interpretadas por los interesados, para que así contribuyan a mantener en alto el prestigio y buen nombre de la clase médica puertoriqueña."

Llamamientos más o menos parecidos al transcrito en los párrafos que preceden hemos hecho en casi todas nuestras cartas mensuales y en cuantas oportunidades se nos han presentado de dirigir la palabra a grupos de colegas. Creo que hemos logrado adelantar bastante en nuestra campaña de saneamiento; pero no todo cuanto anhelábamos; todavía se observa entre algunos colegas cierto grado de apatía hacia los problemas colectivos de nuestra clase; todavía llegan a nuestro conocimiento, pero de manera indirecta, acusaciones extraoficiales de casos de violación, a principios fundamentales de ética, sin que aún hayamos conseguido que los compañeros valientemente formulen querellas formales; todavía observamos, sobre todo en la juventud médica, un anhelo desmedido de contraer compromisos profesionales que no les será dable cumplir; todavía tenemos compañeros que no tienen reparos en salir en defensa de colegas que no han sabido comportarse como lo requieren los altos preceptos de la ética médica, haciendo alarde de un falso concepto del compañerismo, que nos perjudica a todos por igual; en fin, un grupo de acciones, pequeñas unas, grandes las otras, pero que todas por igual ponen en entredicho el buen nombre y prestigio de nuestra clase. Si hubiéramos conseguido que el total de nuestros asociados hubiérase hecho eco de nuestras repetidas advertencias, de tal suerte que ya no tuviéramos la menor duda de que alguien pudiera actuar en discordia con nuestros principios, estaríamos plenamente satisfechos

de nuestra gestión presidencial; pero mientras haya un solo compañero que anteponga sus intereses personales a los de la profesión; mientras haya uno solo que viole nuestros preceptos de ética; mientras siquiera uno de nuestros colegas permanezca indiferente a todo movimiento de grupo, estaremos conscientes de que hay aún mucho que hacer dentro del seno de la Asociación para que nuestra colectividad sea la institución inmaculada que todos anhelamos.

Tenemos la esperanza, sin embargo, de que la semilla de la cordialidad, de la propia estimación y del cumplimiento del deber que hemos echado al surco en estos dos años, reciba la atención esmerada por parte de nuestros sucesores, para que en no lejanos días dé el fruto apetecido.

Hecha esta pequeña explicación, que hemos creído oportuna para dejar plenamente demostrado cuál ha sido el objetivo de las múltiples circulares con que hemos abrumado a nuestros compañeros durante el curso de nuestra presidencia, pasaremos a continuación a hacer un recuento conciso de los asuntos principales que han sido tratados por nuestra directiva durante el año 1945.

Servicios Médicos de Beneficencia

Sabiendo que con los cambios que se registrarían a principios de año en las administraciones municipales podrían surgir problemas en relación con los compañeros que prestan sus servicios a los gobiernos municipales, una de nuestras primeras gestiones, al comenzar este año, fué ponernos en contacto con los nuevos alcaldes, a quienes envíamos la siguiente circular:

"Muy señor mío:

"A nombre de la Asociación Médica de Puerto Rico, que me honro en presidir, deseo hacer llegar a usted y demás miembros de su administración, nuestra felicitación con motivo del comienzo de su período administrativo, así como nuestro vehemente deseo de que el mismo redunde en beneficio de la comunidad en general.

Aprovecho esta oportunidad para poner en su conocimiento que la Asociación Médica de Puerto Rico está deseosa de cooperar con todos los municipios de la Isla en lo que concierne al problema de servicios médicos, y que hará cuanto esté a su alcance por ayudarles a desenvolver esta fase de vuestra administración. Invitámosle pues, a someter a nuestra consideración cualquier problema de índole médico con que pueda usted confrontarse durante el período de su incumbencia como Alcalde de ese municipio.

"Si usted a bien lo tiene, le agradeceremos tenga la bondad de llenar y devolvernos el adjunto cuestionario, que habrá de facilitar el que podamos servirle prontamente cuando usted así lo solicite.

"Con miras a evitar que se repitan incidentes desagradables, al haber sido nombrados para desempeñar cargos en la beneficencia municipal personas que no estaban autorizadas legalmente a ejercer la medicina en Puerto Rico le suplica a usted le onsulte en cuanto a las cualificaciones técnicas de un candidato antes de hacer su nombramiento.

"Reitérole nuestros deseos de cooperar con usted para asegurar servicios médicos adecuados a sus compueblanos, y me suscribo,

Muy antentamente,

C. E. Muñoz MacCormick, M. D.
Presidente.

La petición contenida en la circular antes transcrita nos fué prontamente contestada por un total de 37 alcaldes. También solicitamos de todos los miembros de la Asociación información en cuanto a si desempeñaba algún cargo municipal o insular y el sueldo que percibía, e igualmente les pedimos que nos informaran de cualquier situación anómala que viniera a su conocimiento en relación con los servicios médicos en su municipio. Nuestro empeño en hacer un estudio de los ingresos de los médicos por concepto de sueldos municipales e insulares obedecía a la necesidad de tener esta presidencia datos concretos con que argumentar al Honorable Auditor de Puerto Rico y a la Honorable Comisión de Servicio Civil en cuanto a reglamentación que habría de afectar a los médicos que servían al gobierno. Desgraciadamente, sólo un número ínfimo de compañeros contestó nuestra solicitud, dejando a esta presidencia imposibilitada de defender más efectivamente a los compañeros afectados por esto.

Tuvimos oportunidad de intervenir en varios de los problemas que nos plantearon algunos de los señores alcaldes que contestaron nuestra circular, y discutimos ampliamente con el Dr. Fernós Isern en cuanto a medidas a ser presentadas en la Legislatura Insular para mejorar los servicios médicos de beneficencia, llegando si posible, a la insularización de los servicios. Durante estas conferencias, en las cuales intervino también el Dr. Sifre, como presidente de nuestro Comité de Salud Pública y Beneficencia, el Dr. Fernós trajo a nuestra consideración su plan para extender los servicios médicos de su departamento, para dotar de un médico a todos los municipios de segunda y tercera categoría, siempre y cuando se ajustasen a cierta reglamentación que sería preparada por el Departamento de Sanidad. Hicimos varias sugestiones al Dr. Fernós en relación con el plan, las cuales aceptó, y actualmente ya se ha puesto en vigor el mismo.

El problema de los servicios médicos de beneficencia en Puerto Rico no podrá recibir mejoras fundamentales mientras sigan los municipios en el mismo estado de penuria en que están en la actualidad, en que muchos de ellos no cuentan ni siquiera con fondos suficientes para pagar un sueldo decoroso al médico que les atienda el servicio. Es imprescindible que los municipios reciban ayuda del Gobierno insular, y por ello consideramos que el plan que ha puesto en práctica el Departamento de Sanidad, y al cual dimos nuestro endoso, resulta de gran provecho al sistema de servicios médicos municipales.

Legislación Médica

Viendo lo que se nos venía encima en materia de legislación en la asamblea ordinaria de la Legislatura, el 7 de febrero planteamos ante nuestra Directiva la necesidad de que la Asociación trazara un plan amplio en cuanto a sus objetivos en materia de salud pública y servicios médicos, y cuyo plan debería ser sometido al Gobierno para que le sirviera de pauta en toda legislación de carácter médico. En esta reunión de la Directiva procedimos a nombrar un comité integrado por los doctores Julio A. Santos, Pablo Morales Otero, Isaac González Martínez, Manuel de la Pila, Rafael A. Vilar, Enrique Koppisch y Mario J. Tomasini, para que hiciera un estudio del problema médico de la isla y trazara un plan tentativo para ser sometido a la consideración de la Cámara de Delegados para su discusión y aprobación.

Dicho comité trabajó muy efectivamente, y en la noche del 22 de febrero se reunió la Cámara de Delegados, en sesión ex-

traordinaria, para considerar el plan que trazara el grupo de compañeros que estudiaron el asunto. Conjuntamente con dicho plan sometimos a la consideración de la Cámara los planes que en relación con los servicios médicos de beneficencia se proponía propulsar ante la Asamblea Legislativa el Dr. A. Fernós Isern, en su capacidad de Comisionado de Sanidad. Ambas medidas fueron ampliamente discutidas y finalmente aprobadas por la Cámara, procediendo nosotros a enviar a los miembros de la Legislatura, a los dirigentes del gobierno y a la prensa copias del memorial tal como fué aprobado por la Cámara.

Esta actitud de nuestra Asociación, de exponer a los señores legisladores y al público en general lo que constituía el verdadero problema médico de nuestra isla, no pudo evitar, sin embargo, que algunos de los miembros de la Legislatura presentaran proyectos de ley tendientes a rebajar el standard de la medicina puertorriqueña. Este año tuvimos dos de dichos proyectos: el P. de la C. 300, y el P. del S. 201. El proyecto de la Cámara número 300 ordenaba y autorizaba a la Junta Examinadora de Médicos a expedir licencias para ejercer la medicina y cirugía en Puerto Rico a todas aquellas personas que hayan practicado la medicina y cirugía en Puerto Rico durante 10 años o más y que hayan servido como directores de beneficencia municipal o trabajado como médicos cirujanos en las administraciones municipales de Puerto Rico. En fín, una medida para coronar de gloria a los violadores crónicos de la ley que regula el ejercicio de la medicina en Puerto Rico. Este proyecto fué fuertemente combatido por la directiva de la Asociación y por el Tribunal Examinador de Médicos, lográndose que el mismo no recibiera la aprobación legislativa.

El otro proyecto, el P. del S. 201, era para enmendar la legislación especial ya existente, con el objeto de permitir a ejercer en Puerto Rico a médicos extranjeros sin previo examen de reválida, y esto haciéndose extensivo hasta cinco años después de terminado el actual conflicto.

Luchamos con todo tesón para detener este proyecto de ley; entrevistamos al Gobernador y a muchos legisladores, y nombré un comité de médicos miembros del partido en el poder para que recabase de los legisladores la no aprobación del mismo; pero al percatarnos de que todas nuestras gestiones serían en vano, y tratándose de un asunto de tan gran importancia, opté por comunicarme directamente con varios destacados líderes de la profesión médica americana, entre ellos el Dr. Thomas Parran, Cirujano General de Salud Pública de los Estados Unidos, y el Secretario de la Asociación Médica Americana, a quienes dirigimos la siguiente carta:

> "Certain bills have been introduced in our Legislature which, if approved and signed by the Governor, will undoubtedly lower the standards of medicine in Puerto Rico. One of them, Senate Bill 201, calls for admission, without Board examinations, of physicians graduated in medical schools of "good reputation", which means nothing, for experience has shown that under this highly elastic requirement, graduates from any school, irrespective of its standards have been encouraged to come.
>
> "The House of Delegates of the Puerto Rico Medical Association has layed down as minimum requirements for foreign physicians to practice in Puerto Rico, to be graduates of a class A medical school or its equivalent and to take the Board examinations.
>
> "The Puerto Rico Medical As-

sociation is putting up a stiff fight to prevent the approval of this sort of legislation, which is detrimental to the standard of our profession. In the event, however, and this naturally, may happen, that said bills be aproved by the Legislature, the next move would be to persuade the Governor to veto same. In this respect, I most respectfully request your cooperation, fully aware as I am, of the invaluable services you can render the medical profession of Puerto Rico by so doing, and of the effectiveness of you either directly or indirectly approaching Governor Tugwell in behalf of our class.

"With very best personal regards and with profound gratitude for your cooperation in this matter, I beg to remain,

Very faithfully yours".

No se hizo esperar la respuesta de estos señores a nuestra solicitud, pues inmediatamente dirigieron al Hon. Gobernador Tugwell las siguientes comunicaciones:

"Dear Governor Tugwell:

"You will recall from past correspondence that I am most interested in the advancement of public health in Puerto Rico. Recently there came to my attention Puerto Rico Senate Bill 201 which would permit admitting to practice without Board examination doctors who had graduated from schools below the A-1 grade.

"In most of the States licenses to practice medicine are issued only to applicants who have graduated from schools approved by the Licensing Boards and after examination by that Board. It is generally conceded that such provisions are necessary to maintain high standards.

"I hope you will give the provisions of this bill your most careful consideration. Should you desire more detailed or factual data concerning medical practice in the States I shall be happy to supply you with it.

Sincerely yours
(Sgd.) **Thomas Parran**
Surgeon General".

"Dear Governor Tugwell:

"It has come to my attention that there are legislative proposals pending in Puerto Rico which would apparently considerably lower the standards of medicine in Puerto Rico. One of these bills, Senate Bill 201, apparently calls for admission, without Board examinations, of physicians graduated in medical schools of good reputation.

"It would seem that this term might be sufficiently loosely interpreted to permit the licensure of graduates of inferior schools. This would appear to be particularly unfortunate at a time when leaders in medicine in Puerto Rico are bending every effort toward improving standards of medical care. You are undoubtedly familiar with the good work which has been carried out by Dr. O. Costa Mandry in connection with the proposed medical school in Puerto Rico. Dr. Costa Mandry has made an extensive study of medical education in this country and his recently submitted report, which includes proposals for the Puerto Rican school, is a very well constructed and wise document. Efforts such as these to improve the quality of medical care in Puerto Rico would

be dealt a serious blow if legislation now pending should be passed.

"I am keenly interested in the development of medical education and improved medical care in Puerto Rico and have had numerous discussions and considerable correspondence on this subject with Dr. Costa Mandry and others who have been involved. I hope you will use every influence you can to prevent the passage of this undesirable legislation. Be assured that the Council on Medical Education and Hospitals will continue to be of every assistance it can in the development of medical education in Puerto Rico.

Yours sincerely

(Sgd.) Victor Johnson, M. D.

Dicho proyecto 201 fué aprobado en ambas cámaras; pero afortunadamente, gracias a la intensa campaña realizada en su contra cerca del Gobernador, el mismo fué vedado.

Espero sea ésta la última batalla a dar para evitar la aprobación de proyectos de esta naturaleza. No obstante los dirigentes de nuestra Asociación deberán mantenerse alerta por si acaso se presentase alguno y de así suceder, combatirlo con todas las fuerzas a nuestro alcance para mantener en alto el standard de la profesión médica puertorriqueña.

Si bien los dos proyectos a que hemos hecho mención anteriormente captaron nuestra mayor atención; no por ello dejamos de estudiar e interesarnos en otra legislación de carácter médico, entre la cual podemos mencionar los siguientes proyectos de ley:

Proyecto para establecer el intercambio de cultura médica entre Puerto Rico y países latino-americanas; crear la Junta de Fomento de Cultura Médica, para autorizar una asignación anual de VEINTICINCO MIL (25,000) DOLARES con dicho propósito, y para otros fines.

Este proyecto, para el cual contábamos con el endoso del Honorable Gobernador de acuerdo con su ofrecimiento verbal, fué redactado por nosotros y entregado a un Senador amigo para su presentación; pero a última hora quedó entre los muchos otros proyectos que no pudieron ser considerados.

P. de la C. 70, para establecer la Junta de Farmacia de Puerto Rico. Dimos nuestro respaldo absoluto a este proyecto, que se convirtió en Ley, por considerar que el mismo tiende a salvaguardar la salud de nuestro pueblo.

P. del S. 149, para crear la Junta de Enfermeras, etc. Este proyecto fué objeto de amplia consideración por parte de la directiva, y a nuestra solicitud le fueron hechas varias enmiendas de carácter fundamental. El mismo fué aprobado por la asamblea legislativa; pero recibió el veto del Gobernador.

P. de la C. 614 (Ley 304) para enmendar la Ley Núm. 22 del 1931 que regula el ejercicio de la medicina en Puerto Rico. El propósito de esta enmienda es definir lo que constituye práctica de la medicina, facilitando así el que se pueda proceder contra los que se hacen pasar por médicos.

Hay otros proyectos, entre ellos los 219, 411, 416, 1096, 747, 191, 307, 1001, y otros más, en los cuales intervenimos bien a favor o en contra, y que no enumeramos en este informe en honor a la brevedad.

Campaña para reglamentar el uso de la penicilina

Habiéndoseme informado en repetidas

ocasiones de las muchas irregularidades que se estaban registrando en los primeros días cuando se liberalizó el uso de la penicilina para la población civil, nombramos un comité bajo la presidencia del Dr. Jaime Serra Chavarry, e integrado además por los doctores J. R. Ramos Mimoso, Fernando Asencio, Guillermo Acosta, Miguel A. Zapata, Jaime Acosta Velarde y A. Navas Torres, para que se ocupara no sólo de reglamentar el uso de la cuota asignada a nuestra isla, sino también de conseguir de las autoridades competentes que la misma se aumentara para cubrir las necesidades de la población.

Dicho comité hizo las gestiones pertinentes solicitando información de los hospitales y médicos en cuanto a sus necesidades, y recomendó al Comité federal encargado de la distribución de esta droga, que se aumentara el número de los centros de distribución en la isla, y asimismo preparó un impreso para ser acompañado de toda receta de penicilina, en el cual se transcribían además las condiciones en las cuales era efectivo el uso de la droga, así como aquellas en que su acción no era eficaz.

Esta droga, en sus primeros días resultó otra arma en contra del prestigio de nuestra clase, toda vez que un número de compañeros inescrupulosos actuaron de manera injusta para con los pacientes que se acogían a los beneficios de la misma, cargándoles precios exagerados por su aplicación. Ante una acusación a este efecto en la prensa local, solicitamos de los propios periódicos que dieron a conocer el hecho y del público en general, se trajeran a nuestra consideración acusaciones específicas para proceder contra los colegas que tan inhumanamente se conducían. Al igual que en muchas otras ocasiones, no conseguimos en esta oportunidad que nos suplieran datos específicos.

Cursillo postgraduado en medicina psicosomática

Este año, a invitación del Dr. Pablo Morales Otero, Director de la Escuela de Medicina Tropical, tuvimos el placer de participar como auspiciadores de un cursillo postgraduado en medicina psicosomática, a cargo del Dr. Leland F. Hinsie, Profesor de Psiquiatría del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia.

Dicho cursillo, que constó de 8 conferencias, se celebró del 20 de febrero al 1ro de marzo, y al mismo concurrió un nutrido grupo de los miembros de la Asociación. Una de las conferencias la dictó el Dr. Hinsie ante los compañeros del distrito de Ponce, y al igual que las dictadas en la Escuela de Medicina Tropical, resultó bastante concurrida e interesante.

Agradezco profundamente la cooperación franca que en todo momento ha brindado el Dr. Morales Otero a nuestra Asociación, para que podamos ofrecer a los compañeros asociados la oportunidad de refrescar sus conocimientos.

Comités

Al nombrar este año los distintos comités de la Asociación que habrían de colaborar con la directiva en el desenvolvimiento del programa a realizar, optamos la política de evitar que un mismo miembro apareciera en más de uno de dichos comités, dando así oportunidad de servir a la Asociación al mayor número de compañeros, y al mismo tiempo limitando las responsabilidades de cada uno para darles una oportunidad de servir con más entusiasmo y más eficientemente a la institución.

De la labor realizada por cada uno de

los comités os hablarán sus respectivos presidentes.

Podemos decir por nuestra parte, que en muchos casos no ha sido todo lo efectiva que hubiéramos deseado. Es triste realidad que aún hay muchos compañeros dispuestos a aceptar el honor de pertenecer a los distintos organismos de nuestra Asociación, pero muy parcos en el cumplimiento de las obligaciones que tal honor conlleva.

Ejercicio Ilegal de la Medicina

Durante todo el año 1945 hemos estado llevando a efecto, infructuosamente, una campaña contra el ejercicio ilegal de la medicina. Nuestra acción más reciente fué la de visitar conjuntamente con el Presidente del Tribunal Examinador de Médicos, Dr. Ramón M. Suárez, al Procurador General de Puerto Rico, para interesarle en este problema que confronta la comunidad, y conseguir la cooperación de su departamento en hacer efectiva la Ley Núm. 304, aprobada en la última sesión legislativa, y donde se da una definición categórica de lo que constituye ejercicio ilegal de la medicina. Nuestras gestiones a este respecto fueron objeto de lo que interpretamos como una buena acogida por parte del Sr. Procurador, y se nos ofreció la ayuda que solicitamos; pero hasta la fecha dicho ofrecimiento no se ha convertido en realidad.

Se procedió a la preparación de un Directorio Médico en íntima colaboración con el Dr. Costa Mandry, Secretario del Tribunal Examinador de Médicos, para hacerlo circular libremente a través del país, y recabamos del Colegio de Farmacéuticos que se negaran a despachar recetas formuladas por personas no incluídas en nuestro Directorio.

Ya con anterioridad nos habíamos dirigido a los alcaldes de aquellos municipios en que sabemos se encuentran personas haciéndose pasar por médicos, suplicándoles su cooperación para conseguir poner coto a dicha práctica, pero ello sin resultado alguno.

Durante esta campaña sí hemos podido comprobar una cosa, y se que varios de nuestros propios compañeros son los culpables de que la práctica médica ilegal se haya entronizado en nuestra isla y que los que en tal forma actúan logren burlar la buena fe del público y evitar la intervención de la justicia. No hemos encontrado un sólo caso en el cual no se vislumbre el apoyo brindádole por alguno o algunos de nuestros colegas; en unos casos por amistad personal; en otros por cuestiones meramente de índole política, y en algunos otros, desgraciadamente, por propia conveniencia del que ha visto en estos individuos personas utilizables para cargar con el trabajo pesado de la beneficencia o de la clientela de recursos limitados.

Sin duda alguna que la situación que padecemos en este particular ha sido motivada por la guerra y empeorada por la mala distribución de médicos en nuestra isla, que ha dejado huérfanos de servicios esenciales a un número de pueblos; pero no hay duda de que la actitud tolerante y hasta protectora asumida por nuestros propios compañeros para con estos violadores de la ley, al extremo de haber dado batallas a favor de ellos ante la Legislatura, ante la directiva de nuestra Asociación, ante los dirigentes del Departamento de Sanidad y ante el Tribunal Examinador de Médicos, ha contribuído a que continúen impunemente ejerciendo ilegalmente la medicina.

Tengo esperanzas de que el Departamento de Justicia haga buena su palabra arremetiéndoles sin piedad hasta su total exterminación.

Polémica en la Prensa

Durante el transcurso de nuestra presidencia hemos tenido que acudir en varias ocasiones a la Prensa diaria en defensa de nuestra clase.

En enero de este año hubimos de contestar las manifestaciones que hiciera el Senador por Humacao, Lcdo. Cruz Ortíz Stella, en relación con la escasez de médicos en nuestra isla, los sueldos que algunos compañeros perciben de varios municipios y su intención de presentar en la Legislatura un proyecto para permitir el que vengan a nuestro país colegas del exterior a practicar la medicina sin el requisito de examen. La discusión que sostuvimos en la Prensa sobre estos problemas culminó en una entrevista que fué celebrada en nuestro domicilio, y en la cual expusimos personalmente al Lcdo. Ortíz Stela nuestros puntos de vista en cuanto al problema médico y tratamos de convencerle de lo perjudicial que resultaría para nuestra clase y para el pueblo en general el que se permitiera ejercer en Puerto Rico a médicos sin someterles previamente a un examen de reválida, en el cual puedan demostrar su preparación.

En febrero de este año hubimos de aclarar en la Prensa ciertas manifestaciones hechas por el Procurador General en una circular enviada a los Fiscales de Distrito, en la cual se les ordenaba procedieran a enjuiciar a todo médico que se negare a practicar una autopsia, para lo cual invocaba una ley de marzo 12 de 1908.

Sometimos a nuestro asesor legal, el Lcdo. Luis E. Dubón, una consulta sobre el particular, y mediante su consejo procedimos a redactar las manifestaciones que aparecieron en los periódicos locales rebatiendo la teoría sustentada por el Hon. Procurador General sobre este particular.

Asociaciones de Distrito

Las asociaciones de distrito han realizado este año una labor de gran provecho a la Asociación insular. Las asambleas de distrito celebradas han contribuído grandemente a levantar el entusiasmo de nuestros colegas en los asuntos de la profesión, y es de esperarse que este interés demostrado durante este año siga en contínuo aumento a través de los años por venir.

Los presidentes de distrito, sin excepción alguna, han demostrado un gran entusiasmo y han laborado con fervor en pro de nuestra causa.

Ya hemos dicho en anteriores ocasiones que debe ser el objetivo de los dirigentes de la Asociación, luchar por que cada Asociación de Distrito tenga su propio domicilio, para que en cada cabecera de distrito puedan los miembros de la clase médica puertorriqueña contar con un sitio propio al cual puedan acudir con la misma libertad con que acudimos a nuestro domicilio central. Los compañeros del distrito de Ponce ya tienen planes trazados para llevar a cabo en el transcurso del 1946 la construcción de su edificio, y en reunión reciente de la directiva se acordó realizar todos los años, bajo los auspicios de la Asociación, y entre el total de nuestra matrícula, la rifa de un automóvil de $1,500. La rifa constará de 1,000 boletos, que se expenderán a dos por $15.00, y se sorteará por medio de las últimas tres cifras de la Lotería extraordinaria de julio. El sorteo de este automóvil dará un ingreso de $7,500, y una vez descontados los $1,500 que se dedicarán a la compra de un automóvil o equipo médico, a conveniencia del agraciado, habrá un balance de

$6,000 que irá a engrosar los fondos de la Asociación de distrito a la cual corresponda la construcción de su edificio. De esta manera, en el término de seis años, podremos contar con un domicilio propio en cada uno de los distritos, además del edificio central.

La idea que hemos expuesto anteriormente recibió el endoso unánime de la directiva y esperamos sea igualmente aprobada por los miembros de la Cámara y que se instruya a los dirigentes de la Asociación para que lleven a cabo dicho sorteo.

Instituto de Medicina Forense

Este año mientras la Legislatura se encontraba reunida renovamos nuestras gestiones cerca del Honorable Gobernador para que incluyera en presupuesto una partida de $25,000 para poner en práctica la Ley que crea el Instituto de Medicina Forense en nuestra isla.

El Gobernador nos ofreció, en entrevista celebrada al efecto, acceder a nuestra solicitud, pero a última hora, dejó dicha partida fuera de su presupuesto modelo, y habiendo nosotros dependido de su promesa no tuvimos tiempo suficiente para trabajar el asunto en el Comité de Hacienda de la Cámara.

Es nuestro criterio que se debe seguir insistiendo en futuras sesiones legislativas para que se lleve a cabo la organización del Instituto de Medicina Forense a la mayor brevedad, y con los recursos que sea factible conseguir dentro de las circunstancias.

Médicos de Sanidad

Este año hemos tenido la satisfacción de colaborar estrechamente con el Comisionado de Sanidad en la defensa de los intereses de los compañeros que prestan sus servicios al Departamento y de la salud de nuestro pueblo.

En primer término tuvimos con el Dr. Fernós Isern varias conferencias en las cuales se discutió extensamente el plan para suplir médicos de Sanidad y Beneficencia, al cual hemos hecho mención anteriormente. Luego, en una de las reuniones de la directiva compareció el Dr. Angel M. Marchand, en su capacidad de subcomisionado a informarnos sobre la baja clasificación que se había dado a los médicos de Sanidad, para ponernos alerta por si las gestiones de carácter administrativo que estaba realizando el Comisionado fracasaban, pudiese inmediatamente intervenir nuestra Asociación para evitar se cometiera un discrimen contra nuestros colegas adscritos al Departamento. El Dr. Marchand nos tuvo en todo momento al tanto de sus gestiones. También intervino en la discusión de carácter administrativo el Dr. Francisco M. Susoni, en su capacidad de Speaker de la Cámara de Representantes, consiguiéndose al fin que la Comisión rectificara su actitud.

Posteriormente, al entrar en vigor el plan del Departamento de Sanidad para suplir servicios médicos de beneficencia a los municipios de segunda y tercera clase que carecían de tales servicios, el Dr. Marchand, en su carácter de Comisionado de Sanidad interino, sometió a nuestra consideración una circular que se proponía enviar a los oficiales médicos Jefes de Unidades de Salud Pública.

Dada la importancia del asunto planteado en la circular de referencia citamos a varios miembros de la directiva y a todos los expresidentes de la Asociación que pudimos localizar, para una reunión urgente, que tuvo lugar el día 4 de julio a las 11:30 de la mañana.

En dicha reunión discutimos ampliamente el contenido de la circular que nos

refiriera el Dr. Marchand, y finalmente se acordó sugerirle hiciera ciertos cambios en la misma. Informamos al Dr. Marchand del acuerdo tomado en esta reunión y éste aceptó en su totalidad las sugestiones que le hicimos.

Hemos querido hacer mención a este asunto, porque creemos es la primera vez que el Comisionado de Sanidad consulta a la Asociación Médica antes de dar algún paso de importancia en la administración de su departamento. Sinceramente creemos que tal debe ser la política a seguir por el Comisionado en todo asunto que revista importancia, y no dudamos que quienesquiera estén en la dirección de nuestra Asociación sabrán responder gallardamente a un gesto de esta naturaleza, que tiende a mantener la armonía entre los compañeros que prestan servicios al Departamento y los dirigentes de esta dependencia gubernamental, y redunda por lo tanto en beneficio de la comunidad puertorriqueña.

Nos sentimos plenamente satisfechos de haber sido copartícipes en estas relaciones, y hacemos votos sinceros por que el mismo espíritu de cordialidad siga reinando a través de los años por venir.

Presidente interino

Por haberme ausentado de la isla el día 12 de abril para tomar los exámenes para la licencia del Board Americano de Otolaringología, ocupó la presidencia de la Asociación durante un período de tres meses, el vicepresidente, nuestro estimado compañero Dr. Julio A. Santos.

Durante el período que ocupó interinamente la presidencia de la Asociación, el Dr. Santos demostró el interés que siempre le ha caracterizado en los asuntos de la Asociación, afrontando valientemente cuantos problemas fueron traídos a su consideración, y ocupándose por mantener la cohesión entre los compañeros asociados.

Aprovecho esta oportunidad para reiterar al amigo Santos mi gratitud y satisfacción por la forma hábil en que atendió y resolvió todos los asuntos que vinieron a su atención durante el período que desempeñó la presidencia de la Asociación.

Distinguidos visitantes

Durante el año que termina hemos tenido la satisfacción de recibir la visita de los siguientes destacados profesionales del continente:

Dr. Raymond J. Lutz, Jefe del Servicio de Gastroenterología del Hospital San Vicente de la ciudad de Nueva York. Durante su visita a nuestra isla el Dr. Lutz dictó una conferencia ante la Asociación Médica del Distrito de San Juan, y exhortó a los colegas interesados en gastroenterología a organizar el Capítulo de Puerto Rico de la Asociación Nacional de Gastroenterología, lo que se llevó a feliz término en los primeros días de febrero.

Dr. Leland E. Hinsie, Profesor de Psiquiatría del Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia, y quien bajo los auspicios de la Escuela de Medicina Tropical y la Asociación Médica de Puerto Rico dictó un interesante cursillo postgraduado en medicina psicosomática.

Dr. Victor Johnson, secretario del Consejo de Educación y Hospitales de la Asociación Médica Americana, y quien en septiembre ppdo. estuvo en Puerto Rico por espacio de tres semanas realizando un estudio en relación con la posibilidad de estable-

cer en nuestra isla una escuela de medicina clase A. Durante su estado en Puerto Rico el Dr. Johnson disertó ante los miembros de nuestra Asociación en San Juan y Ponce sobre "Educación Médica y Atención Médica."

Durante esta asamblea tenemos el placer de tener entre nosotros a los siguientes compañeros:

Dr. LeRoy A. Schall, Profesor de Laringología y Otología de la Escuela de Medicina de la Universidad de Harvard.

Dr. Isaac A. Bigger, Profesor de cirugía del Colegio Médico de Virginia.

Dr. Henry L. Bockus, Jefe del Departamento de Gastroenterología de la Escuela Postgraduada de la Universidad de Pennsylvania.

Dr. Franklin M. Hanger, Profesor de medicina interna, Colegio de Médicos y Cirujanos de la Universidad de Columbia.

Dr. Edward Henderson, Director de la División de Investigaciones Médicas de Schering Corporation.

Dr. H. D. Storms, Director médico de la Clínica de Rehabilitación de la Junta de Compensaciones Obreras de Ontario.

Dr. Héctor Read Barreras, Profesor de medicina de la Universidad de Santo Domingo.

Dr. Arturo Damirón Ricard, de la Secretaría de Sanidad y Beneficencia del Gobierno Dominicano.

Dr. G. Gómez Rodríguez, Director del Laboratorio Nacional de Santo Domingo.

También tendremos el placer de tener entre nosotros una delegación médica del Gobierno de Islas Vírgenes, integrada por los doctores Knud Knud-Mansen, Eric Oneal, Luther C. Beck y Melvin H. Evans.

Folleto de Conferencias de Divulgación

Todos vosotros habeis recibido copia del folleto publicado por nuestra Asociación contentivo de las conferencias de divulgación trasmitidas por radio durante el año 1944 bajo los auspicios del Comité de Relaciones Públicas.

Dicho folleto fué objeto de una cordial acogida por parte del público, y ha recibido muy cálidos elogios de todos cuantos lo recibieron. El segundo volumen de dicha publicación de divulgación deberá publicarse en el transcurso del primer trimestre del año que viene, con las conferencias que han sido radiodifundidas este año.

Club Médico

El Club Médico ha logrado pasar su primer año de prueba, y aunque no tan holgadamente como era de esperarse, por lo menos tenemos la satisfacción de que no ha sido una carga para la Asociación. El mismo ha sido frecuentado por un número bastante crecido de socios, y ha dado albergue a fiestas particulares de compañeros y de asociaciones afines a la nuestra.

Con la ampliación del local y los distintos aparatos recreativos que se instalarán en esta adición, es de esperarse que esta dependencia se gane el favor de la gran mayoría de nuestros compañeros.

Creé esta dependencia con el fin de unir con lazos cada vez más estrechos la familia médica puertorriqueña. Me halaga ver que mis esperanzas no han sido defraudadas.

Auxilio Médico Mutuo

El Plan del Auxilio Médico Mutuo ha entrado en su cuarto año de vida con un

sólido respaldo económico. Es verdaderamente alentador ver cómo este aspecto del programa de la Asociación, que tantos años de tesoneros esfuerzos costó a pasadas directivas, hasta que el Dr. Pila se decidió a afrontarlo, ha resistido sus primeros años de prueba y hoy se levanta pujante y descansa sobre bases sólidas, de donde sólo una grandísima racha de mala suerte podría hacerlo descender.

Hemos notado, sin embargo, que hay una fase del plan que no ha recibido este año el mismo respaldo que en años anteriores. Nos referimos a los ingresos por concepto de certificados. Tal parece que los compañeros han despreocupado este aspecto del plan, y les exhortamos a que revivan su interés en el mismo. Mientras mayor sea el fondo con que cuenta el plan, mayores serán las probabilidades de aumentar el importe de la póliza.

Compañeros que regresan a la vida civil

Con la feliz terminación del conflicto armado empiezan a retornar a la vida civil los colegas que tan abnegadamente sirvieron a la patria en los momentos de mayor peligro para el universo.

De los 147 colegas que fueron llamados a filas, ya hay alrededor de 40 que se han reintegrado a la vida civil, y no pasará mucho tiempo sin que otro núcleo grande engrose las filas de los médicos civiles.

En nuestra carta mensual de agosto dijimos, y nos place repetirlo en esta ocasión, que "ninguno de los sacrificios que hayamos afrontado los médicos en la práctica civil durante el período de emergencia, es comparable a los sufrimientos, privaciones y vicisitudes que han tenido que arrostrar nuestros compañeros en las fuerzas armadas".

Reiteramos en esta ocasión nuestro más cumplido testimonio de admiración y respeto a estos esforzados paladines de la causa aliada, y nos satisface sobremanera saludar a los que ya han tenido la oportunidad de volver a la vida civil, y aguardamos con ansiedad el retorno al ejercicio privado de la profesión de todos los demás compañeros en uniforme, no sólo con la esperanza de verles disfrutar su vida normal, tanto social como profesionalmente, con entera libertad, sino también para que nuestro pueblo, que con tan abnegado espíritu de sacrificio supo sobreponerse a las penalidades que le impusieron los años de guerra, vuelva a disfrutar de un servicio médico ilimitado.

Fallecimientos

Durante el transcurso del año 1945 se han registrado cuatro bajas por muerte en el seno de nuestra Asociación. La primera baja que tuvimos que lamentar este año fué la del Dr. José M. Santiago, quien falleció en Vega Baja el día 17 de enero. El día 19 de febrero falleció en Caguas el Dr. Jaime Rivas Soto, y en el mes de julio, los días 17 y 20, fallecieron en esta capital el Dr. Miguel Roses Artau y la Dra. Charis Gould Gulledge.

Además hubo otras dos bajas en la profesión, la de los doctores Ramón Luis Rodríguez, de Bayamón, y Alfredo Lassisse Rivera, de Mayagüez.

Ya habíamos redactado esta parte de nuestro informe cuando nos llega la triste nueva del fallecimiento del estimado compañero Dr. Félix Alfaro Díaz, ocurrido en la mañana del domingo 9 de diciembre. Innecesario resulta exaltar los méritos del amigo Alfaro ante sus compañeros de la Cámara. Por todos era bien querido y a todos quería; era una de esas personas que tenían el raro privilegio de saber ganarse la amistad de los demás;

su carácter jovial y su espíritu bullicioso impartían el tono alegre a todas nuestras actividades; y sus jocosas salidas en el transcurso de discusiones que aparentemente revestían gran seriedad, servían para aplacar los ánimos de compañeros enfrascados en acalorados debates. Era tal su buen humor que nunca le vimos hacer un gesto de desagrado ante ninguna broma, por pesada que ésta pareciera. Difícilmente podemos encontrar actividad alguna de nuestra Asociación, no importa dónde se celebrara, en la cual no tuviéramos el "gran Alfaro" como cariñosamente le decíamos sus compañeros. Si alguna pena debe haber sentido el amigo Alfaro cuando se sintió súbitamente enfermo debe haber sido la de caer precisamente a pocos días de nuestra asamblea, de la cual ya nos había hablado con singular entusiasmo.

Permítaseme recabar de los compañeros miembros de la Cámara que, puestos de pie, dediquemos un minuto de silencio a la memoria de este buen amigo que por tantos años compartió las labores de este organismo, y a quien siempre recordaremos con verdadero cariño.

Asamblea Anual

La cuadragésima-segunda asamblea anual de nuestra Asociación ha sido organizada de manera que rinda el mayor provecho a nuestros socios. Hemos procurado tener y tenemos entre nosotros, un grupo de especialistas de gran renombre, que nos trasmitirán sus conocimientos sobre temas relacionados con sus respectivas especialidades en un programa arreglado en forma de cursillos postgraduados.

Confío en que todos os sentireis plenamente satisfechos con la organización de esta asamblea y con el calibre de los huéspedes de honor, dado a la reputación de que gozan en sus respectivas líneas y a su interés en nuestro éxito, viniendo a compartir con nosotros las labores de la misma.

Asuntos generales

Si fuéramos a enumerar los varios asuntos de carácter personal y las distintas cuestiones de índole colectivo en que hemos tenido oportunidad de intervenir en el transcurso del año este informe sería un documento interminable.

En nuestras cartas mensuales y en el Boletín de la Asociación hemos dado cuenta de prácticamente todos ellos. Así pues, os refiero a dichas publicaciones para información más amplia sobre el particular. Los problemas de que nos hemos ocupado durante la presidencia han sido de índole variada, desde una huelga local que podría afectar a la salud de la comunidad, la escasez de placas de rayos X, el uso del DDT, el médico extranjero que se extralimita en sus funciones, el médico miembro de la Asociación que tiene una querella contra el alcalde, hasta el de las discusiones surgidas con motivo de la probable organización de una escuela de medicina.

Con relación a este último asunto no puedo menos que expresar mi satisfacción y orgullo al ver que a pesar de la facilidad con que pudo haber sembrado descontento y causar rompimientos dentro de nuestra organización, todas las fases de las distintas campañas que se desarrollaron en torno al establecimiento de la escuela, fueron sorteadas dentro de un espíritu de compañerismo a toda prueba que me hace pensar que la clase médica puertorriqueña ha llegado a la madurez necesaria para la preservación de una solidaridad inquebrantable.

Mejoras al domicilio de nuestra Asociación

Probablemente a muchos de los que

lean este informe les llenará de regocijo el saber que ésta es al última vez que verán el epígrafe que encabeza estas líneas y que con inusitada constancia han venido soportando durante mis dos años en la presidencia. Innecesario resulta, después de dos años de tanto cantaletear, indicarles en qué han consistido las mejoras a nuestro domicilio. Ustedes podrán verlas, y más que eso, podrán disfrutarlas en los años por venir.

En los propios instantes en que redactamos estas líneas estamos en una lucha continua tratando de vencer las dificultades que nos han salido al paso a última hora, y que sólo aquéllos que nos han observado de cerca han podido palpar y justipreciar.

Nuestro tesorero se encargará de hacer un resumen detallado de cuanto ha producido nuestra campaña y de cuanto estamos adeudando en la actualidad, y que confiamos poder liquidar antes de hacer entrega de este cargo a nuestro sucesor, porque no creo justo que sólo un grupo de compañeros se sacrifique siempre por el bienestar de la Asociación, y deseo que todos aporten su contribución para cubrir así la deuda y para que puedan en el futuro gritar con orgullo y satisfacción inmensa: "Yo contribuí".

He dejado para el último momento la información sobre una parte de nuestro plan de mejoras, por creer que ello constituye uno de nuestros más preciados éxitos. Nos referimos a las veinte vitrinas para exhibiciones permanentes que hemos instalado en la nueva ala, y que representan un ingreso anual de $4,800 en los fondos de la Asociación. En el momento en que preparamos este informe ya tenemos bajo contrato 12 de dichas vitrinas, el importe de cuya renta anual hemos solictado nos sea satisfecho por adelantado. Esperamos que antes de entregar la presidencia podamos dejar todas las veinte bajo contrato.

Esta renta adicional de que disfrutará la Asociación podrá utilizarse para realizar nuevas mejoras en el edificio, sin necesidad de tener que recurrir nuevamente a los miembros, o bien para sufragar los gastos de uno o dos colegas distinguidos del extranjero que vengan a nuestra isla a dar cursos cortos postgraduados a la matrícula de la Asociación, o para otros fines que ustedes creyeran pertinentes.

Pecaríamos de ingratos si no aprovecháramos esta ocasión para reiterar el testimonio de nuestra sincera gratitud a nuestro buen amigo, el Sr. Rafael Hernández Romero, arquitecto que colaboró desinteresadamente con esta presidencia en las mejoras iniciales, y que en esta segunda ocasión diseñó los planos y nos ha asesorado eficientemente durante todo el proceso de construcción.

Nuestra gratitud

Antes de poner fin a este informe queremos hacer público reconocimiento a los compañeros miembros de la Asociación que hicieron posible el que pudiéramos llevar a cabo el programa que nos trazamos, y cuyos nombres no detallamos para no exponernos a incurrir en omisiones, y porque en realidad, son tan pocos los colegas que nos han dejado huérfanos de su ayuda, que si fuéramos a intentar nombrar a todos cuantos han colaborado con esta presidencia, tendríamos necesidad, prácticamente, de adherir a este informe una copia del Directorio Médico. Reciban pues, todos cuantos nos han brindado su cooperación, nuestra sincera expresión de una profunda gratitud.

Es igualmente acreedor a nuestra gratitud el Lcdo. Luis E. Dubón, quien nos ha brindado, de manera espontánea y ge-

nerosa, muy valiosos servicios legales en asuntos de gran trascendencia para la buena marcha de nuestra agrupación y para el mantenimiento del prestigio de la profesión médica puertorriqueña.

Vaya también nuestra expresión de gratitud a la Prensa y a la Radio de nuestro país, y a todas las personas ajenas a nuestra profesión que también han cooperado a hacernos más liviana la árdua tarea de dirigir la clase médica puertorriqueña durante dos años consecutivos.

RECOMENDACIONES

No deseamos terminar este informe sin antes hacer algunas recomendaciones a nuestro sucesor, que consideramos que de ser llevadas a la práctica habrán de resultar en beneficio de nuestra agrupación y de la comunidad puertorriqueña en general. Recomendamos pues, al compañero que nos sustituya en este honroso cargo:

1. Que continúe la campaña de saneamiento entre los miembros de la Asociación, mediante un constante martilleo, en la forma de cartas y exhortaciones personales, que lleven al ánimo de los compañeros asociados la necesidad de poner coto a ciertos procedimientos que redundan en perjuicio de la clase.
2. Tratar de conseguir la aprobación del Proyecto de Ley para fomentar el intercambio de cultura médica entre Puerto Rico y los países latinoamericanos, estrechando cada vez más las relaciones entre la clase médica puertorriqueña y la de otros países de habla hispana.
3. Iniciar una campaña en favor de la construcción del edificio médico en Ponce, llevando a cabo el sorteo a que hemos hecho mención en el transcurso de este informe. La asamblea anual del distrito de Ponce en 1946 deberá celebrarse en su propio domicilio. Hacia esta meta debemos todos enfilar nuestros esfuerzos.
4. Observar esmerado cuidado en la selección de los miembros que habrán de formar parte de los distintos comités, para asegurar que las personas que se nombren estén realmente dispuestas a rendir la labor que se les requiera con gusto y con plena responsabilidad.
5. Renovar las gestiones cerca del Gobernador y la Legislatura Insular para que se incluya en presupuesto una asignación de $25,000 para que se pueda poner en funciones el Instituto de Medicina Forense.
6. Mantener la solidaridad de la clase a todo costo para presentar batalla, si necesario fuere, a cualquier legislación lesiva a nuestro pueblo o al prestigio de la profesión médica puertorriqueña.
7. Continuar en gestiones para adquirir un moderno aparato de proyección cinematográfico para el auditorio de la Asociación.
8. Recabar que con mayor frecuencia, quizás una vez al mes, se reunan las asociaciones de distrito en conferencias científicas y actos sociales, no limitándose a una sola reunión al año como viene sucediendo en muchos casos. Esto levantará el interés científico y el espíritu de clase y proporcionará aún mayor oportunidad para estrechar las relaciones sociales entre nuestros compañeros.

Muchas gracias

C. E. MUÑOZ MacCORMICK, M. D.
Presidente.

BOLETIN DE LA ASOCIACION MEDICA DE PUERTO RICO

Avenida Manuel Fernández Juncos, Parada 19, Santurce, P. R.

AÑO XXXVII - DICIEMBRE, 1945 - NÚM. 12

EDITOR ADMINISTRADOR:

DR. E. MARTINEZ RIVERA

EDITORES ASOCIADOS:

DR. GUILLERMO CARRERA
DR. MANUEL A. ASTOR
DR. DAVID E. GARCIA
DR. M. GUZMAN RODRIGUEZ
DR. A. M. MARCHAND
DR. RICARDO F. FERNANDEZ
DR. JOSE LANDRON
DRA. BLANCA H. TRELLES

NOTAS NECROLOGICAS



DR. FELIX ALFARO DIAZ

En la mañana del domingo 9 de diciembre, falleció en su residencia de esta capital, el doctor Félix Alfaro Díaz, compañero distinguido, quien gozaba de grandes simpatías entre los miembros de nuestra profesión.

El doctor Alfaro Díaz nació en el pueblo de Orocovis en el año 1891, y se graduó de Doctor en Medicina en el Colegio Médico de Virginia en el año 1916. Desde sus años iniciales en la medicina dedicó todos sus esfuerzos a la rama de beneficencia y salud pública, habiendo estado por muchos años conectado con el servicio de beneficencia de San Juan y más tarde con las unidades de Salud Pública del área metropolitana, siendo en el momento de su fallecimiento Oficial Médico de la Unidad de Santurce.

Difícilmente podríamos encontrar algún miembro de esta Asociación, joven o viejo, que no hubiera tenido la oportunidad de conocer a Alfaro, porque no había actividad de la Asociación en todo rincón de la Isla, donde no le encontráramos. Era Alfaro un compañero que se preocupaba por todo movimiento de nuestra colectividad, que sabía gozar de las delicias de una fiesta, pero que también comprendía las ventajas de asistir a una conferencia científica. Se destacó siempre por su carácter jovial y su espíritu bullicioso, y ya en una reunión estrictamente científica o en un holgorio médico, se atraía la atención de los concurrentes por sus jocosos y atinados comentarios.

En nuestra Asociación ocupó siempre sitio prominente; desempeñó la presidencia del Distrito de San Juan y por muchos años sirvió como miembro de la Cámara de Delegados, siendo en más de una ocasión, uno de los portavoces en cuestiones que revestían gran importancia para la buena marcha de esta agrupación.

Podríamos escribir un sinnúmero de anécdotas célebres sobre la vida de este estimado colega, de las cuales han sido partícipes la gran mayoría de los miembros de la Asociación, y que serían más que suficientes para llevar al ánimo de quienes no tuvieron el privilegio de conocerle, una idea precisa de la personalidad y del valer del amigo desaparecido, pero no disponiendo del tiempo ni del espacio necesarios para ello, vamos a dar paso a continuación a las sentidas frases que en el momen-

to de su sepelio pronunciara el doctor don Manuel Quevedo Báez, y que por venir de quien vienen, rinden mayor tributo de admiración al extinto compañero:

PALABRAS PRONUNCIADAS POR EL DR. MANUEL QUEVEDO BAEZ EN EL ACTO DEL SEPELIO DEL DR. FELIX ALFARO DIAZ

¡Qué fácil y calladamente, se pasa, de la vida a la muerte! Como los ríos, que se van a la mar, ligeros a ese acabar y concluir como dijo el poeta, así va la vida caminando.

¡Qué ajenos y absortos, avanzamos, por los caminos de la vida, bajo los esplendores luminosos del sol, bajo el pálido azul tan atrayente del firmamento y bajo las embrujadas sombras de la noche, sin sospechar, la cita artera que la traidora parca nos hace inesperadamente!

Siempre será, para el ser humano, un misterio inexcrutable la muerte, dada la concepción, que de ella tenemos.

No fuera grande la vida, sin la grandeza, que tiene la muerte y que es su consagración.

Vive rozagante, la vida las dedicadezas tiernas de la niñez y las promesas gallardas de la juventud, como vive, aunque lánguida, los cansancios fatigosos de la vejez. Pero, la muerte no selecciona edades, para cumplir la severidad de sus dictados. Lo mismo siega el botón en flor de la niñez, que siega el ramaje y vigoroso tronco de los que van, más allá, en avanzadas de la vida.

La muerte, fiel aliada de la vida, sigue al ser humano, desde el claustro materno y lo sigue, después, en todos los momentos de su existencia.

No hay un minuto ni segundo breve de la existencia, durante los cuales, nuestra cultura humana, tan armoniosamente cincelada por la naturaleza, no vaya dejando algo de sus estructuras, que no vaya claudicando en sus normales equilibrios. Vamos, así, sin darnos cuenta rindiendo nuestro débito a la muerte.

Hace escasos dos días, este amigo, este compañero bien querido, que nos deja, este ciudadano muy apreciado, alegre y contento, pleno de arrogantes energías, dábale a la vida lo que la vida, exigente a las veces le demandaba. Iba jubiloso, por los inciertos caminos de la vida, poniendo en alto, siempre, notas características de un buen humor que no le abandonaba nunca y a prueba de toda seriedad del acto en que tomara parte y a prueba de toda contrariedad.

No siempre las alegrías, en el ser humano, son justiciables de satisfacciones plenas. A las veces rien los labios, cuando el alma llora.

Son las alegrías, como las espumas del mar, siempre bellas pero siempre amargas.

Conocí al Dr. Alfaro, como conozco, por mis largos años y por mi posición durante mucho tiempo en el Tribunal de Médicos Examinadores, a toda una generación de juventud médica brillante que por él pasara para su licencia.

Fué hombre bien capacitado por capacidad y por carácter para hacer frente a conciencia plena a las responsabilidades de orden moral que demanda la difícil y angustiosa profesión médica.

Y este orden de cosas, aparte su personalidad filtraba características bien apreciables, de la raza de origen. Era un puro y bien perfilado boricua y sin embargo sus genialidades lo presentaban como un oriundo de tierra andaluza.

Todo su tronco de robusto cuerpo; todo esto burlado por la muerte se ha derribado.

El corazón es un órgano de función insidiosa, que traiciona desde cerca y desde lejos la vida.

Puede estar silencioso, sin quejarse, engañando y ¡ay! del día que grita y pone en tensión las cuerdas de su arpa. Unas veces se rompen, en violencia suprema y se da, inesperadamente, el salto mortal hacia la eternidad. Otras veces, a distancia burla la vida.

Las defensas de resistencia elástica, en los cauces por donde la sangre, rebotante, corre; en un momento inesperado, esa sangre irrumpe, forrando toda contención y, es, entonces, quizás, en territorio cerebral, la región noble, donde el sol del pensamiento destella, que todo se apaga, todos los equilibrios se rompen. Y la palabra, ave del pensamiento, a flor de labio plega sus alas y, así, la palabra, la más sublime expresión del ser humano se apaga en mudez.

Y, así, vá acercándose el silencio, más augusto de todos los silencios, el de la muerte en que se hunde todo lo que fué, lo que fué majestad suprema de la vida!

¡Oh! amigo, hiciste tu camino y lo recorriste a tono con los deberes, que tu ética médica, te demandaba.

Te vas, por el túnel que desde la fosa a la eternidad conduce con el afecto y la estimación de tus compañeros, amigos y familiares y de cuantos te conocían.

Caes, en plena vida y tu obra queda truncada. Pero dejas una estela grata de recuerdos, que la ingratitud no podrá borrar.

¡Que tu espíritu vaya envuelto en los sutiles aromas de las flores, que amablemente descansan sobre tu féretro! ¡Que tu espíritu saliendo de las sombras de la vida, gane los esplendores de luz, de la eternidad.

¡Descansa, amigo y compañero, descansa, que tu alma, entre en las regiones del más allá, en aquél inmenso mar, sin orillas ni playa y que se llama eternidad!

DR. JULIO CINTRON MOTTA

Apenas transcurrida una semana de la muerte de nuestro estimado compañero el doctor Félix Alfaro Díaz, nos llegó la triste nueva del fallecimiento de este otro querido colega, ocurrido el domingo 16 de diciembre en su residencia en Utuado, en los precisos momentos en que tocaba a su fin la celebración de la cuadragésima-segunda asamblea anual de nuestra Asociación.

Era el doctor Cintrón Motta natural de Madrid, España; nació el día 13 de agosto de 1873, y recibió su grado de Doctor en Medicina en la Universidad de Barcelona en junio de 1895. Después de ejercer por varios años en España vino a Puerto Rico a mediados del 1913, pasando a servir en la beneficencia municipal en el pueblo de Yabucoa, en donde ejerció su profesión hasta fines del 1935. En los últimos años estuvo conectado con el Departamento de Sanidad, sirviendo en las unidades de Salud Pública de Aguas Buenas, San Lorenzo y Utuado.

En el desempeño de sus funciones médicas el compañero fenecido se hizo acreedor a la estimación de todos cuantos acudieron a él en busca de alivio a sus males, pues no sólo puso siempre a disposición de sus enfermos el máximo de su vasta experiencia, sino que para todos por igual siempre tuvo frases de aliento y consejos muy útiles. Entre los miembros de nuestra profesión gozó siempre de merecida simpatía por su trato afable y cortés para todos sus colegas.

Los hombres que tenemos a nuestro cargo la redacción del Boletín lamentamos muy de veras la desaparición de este buen amigo, y nos hacemos partícipes de la pena que embarga a todos sus familiares.

CURSILLOS DE REPASO

La Asociación Médica de Puerto Rico, y en fechas que se anunciarán oportunamente, está interesada en llevar a cabo una serie de cursillos de repaso, en su domicilio de la Avenida Fenández Juncos, Santurce, Puerto Rico.

El presidente del comité Científico, Dr. Suárez, está haciendo las gestiones pertinentes para comenzar estas actividades a la mayor brevedad posible, y sólo se espera que los médicos comuniquen el número de cursos en que están interesados.

Hasta la fecha el Comité Científico ha elaborado sus planes alrededor de los siguientes cursillos: (1) Electrocardiografía; (2) Medicina Tropical; (3) Medicina psicosomática; (4) Gastroenterología; (5) enfermedades corrientes de la piel en Puerto Rico; (6) Pediatría; (7) Diagnóstico de emergencias quirúrgicas; (8) Diagnóstico y tratamiento de emergencias médicas; (9) Técnicas terapéuticas; (10) Interpretación de radiografías.

INDICE
1945

Año 37 **Nos. 1 - 12**

	NÚM.	PÁG.
Adrenalin in Acute Tropical Lymphangitis or Elephantiasis, The Use of, Caroline Kreiss Pratt	10	412
Aguayo, Roberto J. Paroxysmal Tachycardia in Infancy - Report of a case	9	361
Algunas consideraciones sobre los conceptos filosóficos relacionados con la atención del niño, L. A. Balasquide	5	183
Amadeo, José A. Un Nuevo fenómeno cardiológico observado entre los campesinos puertorriqueños, analizado a través de los llamados soplos hémicos; y una nueva teoría que da una explicación fisio-anatómica razonable de éste	5	161
American College of Chest Physicians (Noticia)	4	154
Amputación interilio-abdominal, A. Oliveras	8	296
Analgesia in Obstetrics, Demerol-Scopolamine, - Report of 50 cases, J. García Bird	10	414
Análisis de conciencia (Editorial)	9	380
Anesthesia in Surgery of the Upper Abdomen, Experiences with various types of, S. C. Busquets, Jr.	10	396
Anesthesia in Urological Surgery at the Bayamón Charity District Hospital, Experience with, Pablo G. Curbelo	1	10
Ansiedad, El tratamiento de la, L. M. Morales	12	471
Aptitud funcional del corazón y pruebas para medirla, Ramón M. Suárez	10	389
Arana Soto, Salvador A Experimental Study of the Treatment of Paralyzed Skeletal Muscle by Electrical Stimulation (Including a Contribution to the Physiology of Normal and Denervated Skeletal Muscle of the Rat)	6	211
Arbona, Guillermo Atabrine in the Treatment of Endemic Typhus Fever	6	208
Asamblea Anual (Editorial)	9	382
Asociaciones de Distrito (Noticias)	2	71
" " " "	3	110
" " " "	4	152
" " " "	5	195
" " " "	7	278
" " " "	9	384
Asociación de Salud Pública de P. R. (Noticias)	1	41
Asociación de Salud Pública de P. R. (Noticias)	2	72
Asociación Médica del Distrito de San Juan	1	41
Astor, Manuel A. Carcinoma of the Colon, with special reference to Carcinoma of the Right Colon	5	174
Atabrine in the Treatment of Endemic Typhus Fever, Guillermo Arbona	6	208
Auxilio Médico Mutuo, Página del	2	74
" " " " "	3	114
" " " " "	3	114
" " " " "	4	156
" " " " "	5	200
" " " " "	6	239
" " " " "	7	283
" " " " "	10	428
" " " "	9	387
Bachman, Alois Breve reseña de los argumentos experimentales a favor de la existencia de una nueva función en el suero antitífico—Función X	7	250
Balasquide, L. A. Algunas consideraciones sobre los conceptos filosóficos relacionados con la atención del niño	5	183
Becas para estudios de Oftalmología (Noticia)	10	424
Bird, Jorge Malaria Eradication by Breaking the Sporogonic Cycle of the Plasmodium — Preliminary Note	2	56

	NÚM.	PÁG.
Breve reseña de los argumentos experimentales a favor de la existencia de una nueva función en el suero antitífico — Función X	7	250
Breve reseña gráfica del Servicio Hospitalario en Puerto Rico	11	454
Carcinoma of the Colon, with special reference to Carcinoma of the Right Colon, Manuel A. Astor	5	174
Cardiológico, Un nuevo fenómeno, observado entre los campesinos puertorriqueños,, analizado a través de los llamados soplos hémicos; y una nueva teoría que da una explicación fisioanatómica razonable de éste, José A. Amadeo	5	161
Castro González, Providencia, Suárez, Ramón M., y Noya Benítez, J. Experience with Thiouracil in Puerto Rico	4	133
Club Médico (Noticia)	6	234
	7	279
Colón, Julio E. Informe del Comité de Relaciones Públicas de la Asociación Médica de Puerto Rico — Año 1944	2	66
Conceptos filosóficos relacionados con la atención del niño, Algunas consideraciones sobre los, L. A. Balasquide--	5	183
Conferencias de Divulgación (Noticias)	5	196
	6	233
	7	279
	9	386
	9	386
	10	424
Congreso Mexicano de Cáncer (Noticia)	10	424
Consideraciones generales en torno al Ejercicio de la Profesión de Practicante en Puerto Rico, C. E. Muñoz MacCormick	1	34
Continuous Caudal Block Anesthesia in Obstetrics — Report of 15 cases, Charles B. Moore	9	364
Corazón — Aptitud funcional del corazón y pruebas para medirla, Ramón M. Suárez	10	389
Cordial agasajo (Noticia)	10	422
Costa Mandry, O. Public Health at the Crossroads in Puerto Rico	7	258
Curbelo, Pablo G. Experience with Anesthesia in Urological Surgery at the Bayamón Charity District Hospital	1	10
Cursillo postgraduado (Noticia)	1	41
Cyst of the Pancreas — Report of Four cases, Salvador C. Busquets, Jr.	4	119
Demerol-Scopolamine Analgesia in Obstetrics — Report of 50 cases, Jorge García Bird	10	414
Diagnóstico diferencial entre las ictericias hepatógenas y obstructivas, Sobre el, A. Rodríguez Olleros	9	347
Directorio Médico de Puerto Rico	8	303
Dislocación recurrente del hombro tratados por la Técnica de Nicola con algunas modificaciones, Antonio H. Susoni	1	1
Displasia fibrótica Osea, M. Guzmán y Blás Ferraiuoli	11	434
Eclampsia—Further Studies on Eclampsia with emphasis on Treatment, M. Fernández Fuster y María Amalia Pares	3	79
Endemic Typhus Fever, Atabrine in the treatment of, Guillermo Arbona	6	208
Esquistosomiasis en Santo Domingo, La, Héctor Read	3	105
Exámenes de Reválida	3	111
	4	155
	9	385
Experience with Thiouracil in Puerto Rico, P. Castro de González, R. M. Suárez y J. Noya Benítez	4	133
Experiences with various types of Anesthesia in Surgery of the upper abdomen, S. C. Busquets	10	396
Experimental Study of the Treatment of Paralyzed Skeletal Muscle by Electrical Stimulation (Including a Contribution to the Physiology of Normal and Denervated Skeletal Muscle of the Rat), A,, S. Arana Soto	6	211
Fenómeno cardiológico observado entre los campesinos puertorriqueños, analizado a través de los llamados soplos hémicos; y una nueva teoría que da una explicación fisio-anatómica razonable de éste, Un nuevo, José A. Amadeo	5	161
Fernández Fuster, M. y Parés, María Amalia Further Studies on Eclampsia with emphasis on Treatment	3	79
Fernández Marchante, R. Roseola Infantum	7	241
García Bird, Jorge Post-Partum Traumatic Gynatresia— Report of Two cases	6	205
Demerol-Scopolamine Analgesia in Obstetrics — Report of 50 cases	10	414

	Núm.	Pág.
Gil, Rafael A. The Management of Labor under Continuous Caudal Anesthesia	3	93
González, Luis M. Notas sobre cómo actúan las Sulfas	3	99
Guzmán, Manuel y Ferraiuoli, E. Blás Displasia Fibrótica Osea	11	434
Gynatresia, Post-partum Traumatic, J. García Bird	6	205
Ictericias hepatógenas y obstructivas, Sobre el diagnóstico diferencial entre las, A. Rodríguez Olleros	9	347
Informe del Comité de Relaciones Públicas	2	66
Informe del Editor-en-Jefe del Boletín	4	149
Informe del Presidente de la Asociación	1	14
Informe del Presidente de la Asociación	12	482
Informe del Secretario de la Asociación	2	58
Informe del Tesorero de la Asociación	4	141
Injertos autoplásticos en las deformaciones cicatriciales, Los, L. A. Passalacqua	8	285
Kreiss Pratt, Caroline The Use of Adrenalin in Acute Tropical Lymphangitis or Elephantiasis	10	412
Labor, The Management of Labor under Continuous Caudal Anesthesia and Report of cases, R. A. Gil	3	93
Legislación de Privilegio (Editorial)	2	69
Lucha contra la Sífilis en Fort de France, E. Montestruc	5	189
Lutz, Raymond J., Treatment and Management of Peptic Ulcer	2	50
Malaria Eradication by Breaking the Sporogonic Cycle of Plasmodium — Preliminary Note, J. Bird	2	56
Martínez, Ernesto C. Thiouracil in the Treatment of Thyrotoxicosis	1	7
Martínez Rivera, E. Informe del Editor del Boletín	4	149
Informe del Secretario de la Asociación	2	58
Management of Labor under Continuous Caudal Anesthesia, Rafael A. Gil	3	93
Mejoras al Edificio	9	381
	10	426
Montestruc, Etienne La lucha contra la Sífilis en Fort de France	5	189
Moore, Charles B. Continuous Caudal Block Anesthesia in Obstetrics	9	364
Morales, Luis M. El tratamiento de la Ansiedad	12	471
Morales Otero, Pablo La Penicilina — Su descubrimiento, purificación y acción terapéutica	2	45
Mortality from Heart Disease in the United States and Puerto Rico — Comparison of Vital Statistics — Manuel de la Pila	11	439
Movimiento Científico Mundial	7	265
	9	366
	10	418
Muñoz MacCormick, C. E. Consideraciones generales en torno al Ejercicio de la Profesión de Practicante en Puerto Rico	1	34
Informe del Presidente de la Asociación	1	14
Informe del Presidente de la Asociación — 1945	12	482
Presidente Asociación Médica aclara manifestaciones del Senador Ortiz Stella	1	37
Neumotorax Artificial como medida de Salud en P. R., J. Rodríguez Pastor	12	478
Notas Editoriales	2	69
	9	380
Notas Necrológicas	1	40
	2	69
	7	276
	12	499
Noticias Médico-Sociales	1	40
	2	71
	3	110
	4	152
	5	195
	6	232
	7	278
	10	422
Obstetrics, Continuous Caudal Block Anesthesia in, Charles B. Moore	9	364
Oliveras Guerra, A., Amputación interilio-abdominal	8	296
Informe del Tesorero de la Asociación	4	141
Osgood-Schlatter's Disease — Surgical Treatment by Autogenous Bone Pegging — Report of two cases, L. A. Passalacqua and E. Blás Ferraiuoli	3	86

	Núm.	Pág.
Passalacqua, Luis A. Los injertos autoplásticos en las deformaciones cicatriciales	8	285
The Prevention and Treatment of Scars	9	355
Passalacqua, Luis A. y E. Blás Ferraiuoli Osgood-Schlatter's Disease — Surgical Treatment by Autogenous Bone Pegging — Report of two cases	3	86
Paroxysmal Tachycardia in Infancy — Report of a case, Roberto Aguayo	9	361
Penicilina, La — Su descubrimiento, purificación y acción terapéutica, P. Morales Otero	2	45
Peptic Ulcer — Treatment and Management of, J. Raymond Lutz	2	50
Pérez, Eduardo R. Tonsilitis aguda: su tratamiento con supositorios rectales de bismuto (Analbis)	8	300
Prevention and Treatment of Scars, The, L. A. Pasalacqua	9	355
Pila, Manuel de la Mortality from Heart Disease in the United States and Puerto Rico — Comparison of Vital Statistics	11	439
Public Health at the Crossroads in Puerto Rico, O. Costa Mandry	7	258
Read, Héctor La esquistosomiasis en Santo Domingo	3	105
Rodríguez Olleros, A. Sobre el diagnóstico diferencial entre las ictericias hepatógenas y obstructivas	9	347
Rodríguez Pastor, J. El neumotórax artificial como medida de salud en P. R.	12	478
Roseola Infantum, R. Fernández Marchante	7	241
Scars, The Prevention and Treatment of, L. A. Passalacqua	9	355
Sección de la Biblioteca	5	199
	6	237
	7	270
	9	370
Servicio Hospitalario en Puerto Rico, Breve reseña gráfica del	11	454
Sífilis en Fort de France, La Lucha contra la, Etienne Montestruc	5	189
Síndrome de Wolff-Parkinson-White, El R. M. Suárez	11	429
Suárez, Ramón M. Aptitud funcional del corazón y pruebas para medirla	10	389
El síndrome de Wolff-Parkinson-White	11	429
Suero antitífico — Función X — Breve reseña de los argumentos experimentales a favor de la existencia de una nueva función en el, Alois Bachman	7	250
Sulfas, Notas sobre cómo actúan las, Luis M. González	3	99
Susoni, Antonio H. Dislocación recurrente del hombro tratados por la Técnica de Nicola con algunas modificaciones	1	1
Tachycardia, Paroxysmal Tachycardia in Infancy — Report of a case, Roberto J. Aguayo	9	361
Thiouracil in the Treatment of Thyrotoxicosis, Ernesto C. Martínez	1	7
Thiouracil, Experience with Thiouracil in Puerto Rico, P. Castro de González, R. M. Suárez, J. Noya Benítez	4	133
Thyrotoxicosis, Thiouracil in the Treatment of, Ernesto C. Martínez	1	7
Tonsilitis aguda: su tratamiento con supositorios rectales de bismuto (Analbis), Eduardo R. Pérez	8	300
Treatment of Paralyzed Skeletal muscle by Electrical Stimulation (Including a contribution to the Physiology of Normal and Denervated Skeletal Muscle of the Rat), A Experimental Study of the, S. Arana Soto	6	211
Tropical Lymphangitis or Elephantiasis. The Use of Adrenalin in Acute, Caroline Kreiss Pratt	10	412
Typhus Fever, Atabrine in the Treatment of Endemic, Guillermo Arbona	6	208
Urological Surgery at the Bayamón District Hospital, Experience with Anesthesia in, Pablo G. Curbelo	1	10



· AMPHOJEL ·

Gel Coloidal de Hidróxido de Aluminio, Wyeth

para la

ULCERA GASTRICA Y LA HIPERACIDEZ

howard E.

IMPRESO EN E U A

Por Qué el AMPHOJEL

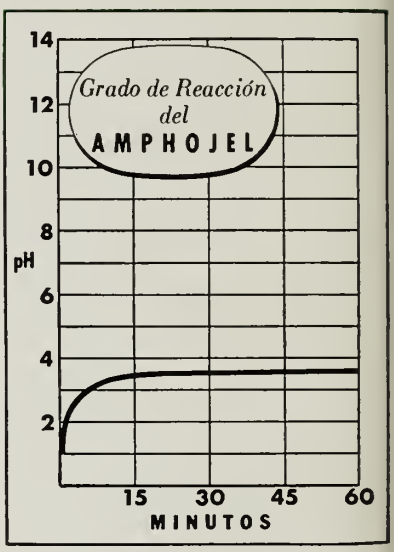
es el Tratamiento más Seguro para la HIPERACIDEZ y la ULCERA PEPTICA

EL AMPHOJEL—Gel Coloidal de Hidróxido de Aluminio Wyeth, $Al_2(OH)_6$, es un antiácido adsorbente e inabsorbible que de acuerdo con el reactivo de Töpfer es capaz de neutralizar en media hora no menos de 12 veces su volumen de ácido clorhídrico (N/10).

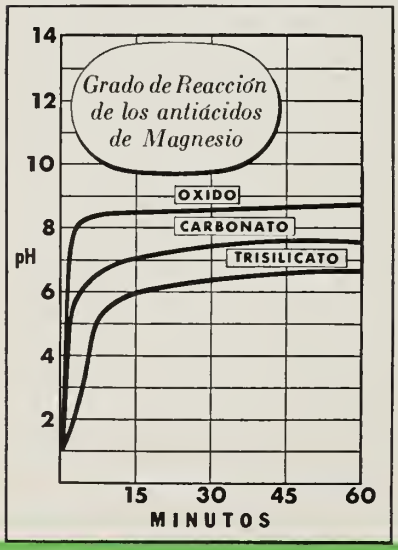
EL AMPHOJEL tiene un pH de 6.7, y no contiene álcalis ni materias alcalinas, razón por la que su uso prolongado no puede producir alcalosis.

EL AMPHOJEL no "neutraliza" totalmente el contenido ácido del estómago, sino que amortigua las secreciones gástricas a un pH compatible con la cicatrización de los tejidos patológicos en los casos de úlcera.

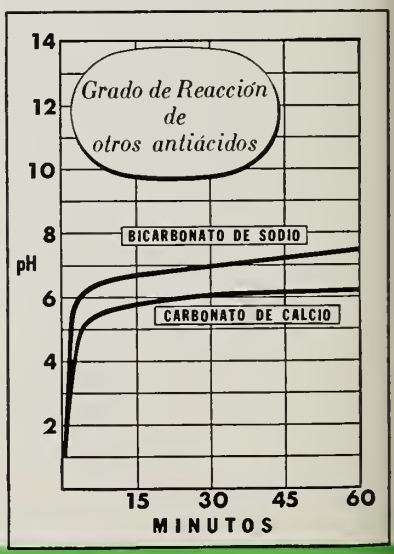
Las curvas en estas gráficas muestran la diferencia entre la reacción del AMPHOJEL y la de los álcalis solubles, mostrándose también cómo reacciona el grado de pH de estos antiácidos en una cantidad doble e hipotética de HCl N/10 a 37° C. Obsérvese que el AMPHOJEL mantiene un quimo ácido que no paraliza la digestión ni promueve un segundo resurgimiento del nivel ácido.



Las tres tablas de esta página muestran los efectos de diversos antiácidos sobre el pH, reaccionando todos en cantidad dos veces mayor de la cantidad teórica sobre HCl N/10 a 37° C.



No es necesario eliminar toda la acidez para producir la cicatrización de la úlcera.



JOHN WYETH & BROTHER, INCORPORATED

Fabricantes de Productos Farmacéuticos de Alta Calidad Desde 1860

PHILADELPHIA, PA., E. U. A.

CHICAGO CLEVELAND JERSEY CITY DURBAN LONDRES SYDNEY BUENOS AIRES X572A



¿ES NECESARIA LA FLEXIBILIDAD?

● Las exigencias nutritivas varían con cada niño, según la edad y su estado de salud. De ahí que la adaptabilidad a las fórmulas establecidas *sea* una cualidad necesaria si se desea que un alimento infantil substituya con éxito la leche materna.

Ocurre con demasiada frecuencia que el alto contenido fijo de carbohidrato en un alimento infantil, impide las modificaciones necesarias en las fórmulas, y con esto le quita la flexibilidad esencial para satisfacer las diversas exigencias nutritivas de la infancia.

DRYCO tiene un contenido moderado de lactosa (5.7%), el cual permite al médico completa libertad para recetar cualquier cantidad adicional de carbohidrato y la forma de carbohidrato que él, según su diagnóstico personal crea conveniente.

Además de este nivel moderado de carbohidrato, tiene Ud. la práctica relación de 2.7 a 1 de alto contenido de proteína y bajo contenido de grasa, la cual contribuye a la flexibilidad cuando el alimento tiene que satisfacer las exigencias nutritivas de niños mal alimentados, convalecientes o prematuros, así como niños normales.

Esta flexibilidad permite el uso de un alimento básico, DRYCO, con o sin carbohidrato adicional. Tal flexibilidad explica en parte, por qué durante más de 25 años, los médicos han recetado DRYCO como la solución práctica de casi todos los problemas que presenta la alimentación infantil.

DRYCO

PARA LA ALIMENTACION INFANTIL



Distribuidores para Puerto Rico:

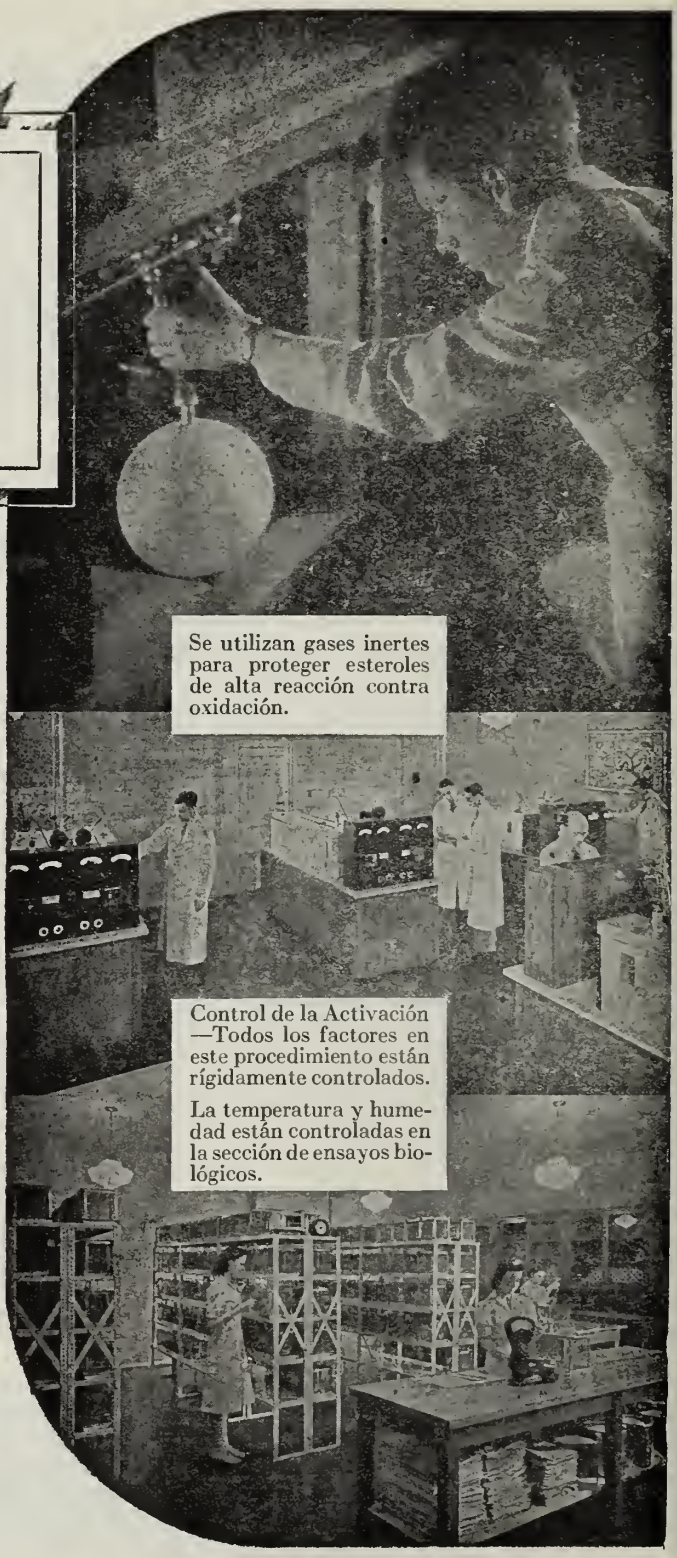
PLAZA PROVISION COMPANY, Allen 15, San Juan P. R.

Asegurando la eficacia de ERTRON*

*Reg. U. S. Pat. Off.

El producto que usted receta para *ertronizar* a sus enfermos artríticos se elabora según el método de Whittier, exclusivo nuestro, que asegura alta potencia sin productos accesorios deletéreos. La innocuidad y eficacia de Ertron se aseguran mediante minucioso control en el laboratorio y ensayos biológicos.

Además, esta seguridad y esta eficacia quedan comprobadas con las investigaciones clínicas reportadas en una extensa bibliografía. Esta bibliografía se refiere a Ertron, así, mencionando el nombre; y por lo tanto los informes atañen sólo a Ertron.



Se utilizan gases inertes para proteger esteroles de alta reacción contra oxidación.

Control de la Activación —Todos los factores en este procedimiento están rígidamente controlados.

La temperatura y humedad están controladas en la sección de ensayos biológicos.

Ertronice al Artrítico

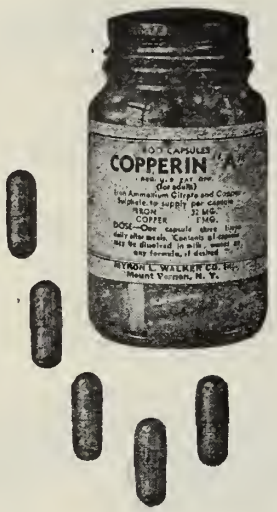
Ertronizar significa: Emplear Ertron a dosis diarias adecuadas, durante un período de tiempo suficientemente largo para obtener los resultados óptimos. Aumentar las dosis hasta llegar a las recomendadas, o hasta alcanzar el nivel de tolerancia. Mantener estas dosis hasta obtener la mejoría máxima.

Ertron sólo—y ningún otro producto—contiene ergosterol vaporizado por energía eléctrica—Método de Whittier.

Presentación: Frascos de 50 y 100 cápsulas

Distribuidores Exclusivos en Puerto Rico: Pelegrina & Llorens, San Juan





Blood Enrichment in Iron-Deficiency Anemia with

COPPERIN

The blood in iron-deficiency anemia is markedly benefited by Copperin administration: hemoglobin percentages quickly rise; red blood cells increase in quantity and improve in quality.

Due to the action of the catalyst, copper sulphate, the amount of iron ammonium citrate per capsule is reduced to only 32 milligrams. But as ALL the iron is made available to the bloodstream, a maximum therapeutic effect is obtained. Copperin does not stain teeth or irritate the gastrointestinal tract and is water soluble. Prescribe Copperin "A" for adults, Copperin "B" for children.

Liberal professional samples gladly sent on request

RAFAEL A. VILLAMIL

Box 530, San Juan, P. R.

¿Tonsilitis? ¿Faringitis? ¿Laringitis?

℞ NUMOTIZINE

Emplasto Medicinal
(MODO DE USARSE)

Aplíquese una capa de 3 milímetros de espesor de NUMOTIZINE sobre la parte afectada. Repítase la aplicación cada ocho horas.

En las afecciones de las Vías Respiratorias, así como en las bronquiales, la acción analgésica y descongestiva, que an forma continua le proporciona NUMOTIZINE, resulta de gran alivio para el enfermo.



INDICACIONES:

Tonsilitis	Hinchazones glandulares
Faringitis	Laringitis
Bronquitis	Dolores artríticos

NUMOTIZINE se suministra en envases originales. Tarros de cristal de 57, 114, 228, 425 y 850 gramos.

NUMOTIZINE, INC.

900 North Franklin Street **Chicago 10, Illinois, E. U. A.**

Agente y Distribuidor Exclusivo para Puerto Rico
FRANCISCO N. CASTAGNET
Tanca 1, San Juan, P. R.

THE NEW YORK POLYCLINIC

ESCUELA DE MEDICINA Y HOSPITAL
(Organizada en 1881)

La Primera Institución Médica de América para Postgraduados

UROLOGIA

Curso combinado en Urología, cubriendo un año académico (8 meses). Este curso comprende instrucción en farmacología; fisiología; embriología; bioquímica; bacteriología y patología; trabajo práctico en anatomía quirúrgica y procedimientos urológicos operatorios en el cadáver; anestesia regional y general (cadáver); ginecología en la oficina; diagnóstico proctológico; el uso del oftalmoscopio; diagnóstico físico; interpretación roentgenológica; interpretación electrocardiográfica; dermatología y sifilología; neurología; terapia física; instrucción contínua en diagnóstico cistoendoscópico y manipulación del instrumental quirúrgico; clínicas operatorias; demostraciones en el tratamiento quirúrgico de tumores de la vejiga y otras lesiones vesicales, así como resección endoscópica de la próstata.

MEDICINA PRACTICA

Instrucción completa en aquellas materias que son de particular interés al médico en la práctica general. El curso cubre todas las ramas de la Medicina y Cirugía.

RADIOLOGIA

Revisión comprensible de los conceptos de física y altas matemáticas necesarios, interpretación de placas, todos los procedimientos diagnósticos de uso standard, métodos de aplicación y dosis de radioterapia, radium y rayos X; procedimientos fluoroscópicos standard y especiales. Revisión de lesiones dermatológicas y tumores susceptibles de radioterapia, así como con los métodos y cálculos de dosis en los tratamientos. Especial enseñanza de los más nuevos métodos diagnósticos por medios de contraste (broncografía) al lipiodol, uterosalpingografía, visualización de las cámaras cardíacas, insuflación perirrenal y mielografía. Se incluyen, instrucciones sobre disposición y dirección de departamentos radiólogos.

Anestesia

Regional y espinal (en el cadáver) con demostraciones en la clínica del bloqueo caudal, espinal, troncular y regional; comprendiendo sus aplicaciones en Cirugía Urológica, Ginecológica y General. Anestesia en general con conferencias y demostraciones.

PARA INFORMES DIRIGIRSE A
MEDICAL EXECUTIVE OFFICER: 345 West 50th St., New York City

Este BOLETIN MEDICO se imprimió

en los talleres tipográficos

de la

IMPRENTA VENEZUELA

Teléfono 2-4703 — Apartado 1481

San Juan 7, Puerto Rico

THESODATE (Brewer)

Definition: Thesodate (Brewer) is the original ENTERIC COATED tablet of Theobromine Sodium Acetate.

Indications: Thesodate (Brewer) is indicated in the treatment of coronary artery disease, edema, and hypertension.

Distribution: Thesodate (Brewer) is available in bottles of 100 tablets.
*Thesodate, 7½ grains.
Thesodate, 7½ grains; Phenobarbital, ½ grain.
Thesodate, 5 grains; Phenobarbital, ¼ grain; Potassium Iodide, 2 grains.

Dose: One tablet before meals and before retiring.

CLINICAL SUBSTANTIATION:

1. Riseman, J. E. F., Brown, M. G., Arch. Int. Med., Vol. 60, page 100, 1937.
2. Brown, M. G., and Riseman, J. E. F., J. A. M. A., Vol. 109, page 256, 1937.
3. Levy, R. L. Bruenn, H. G., Williams, N. E., Am. H. Jour., Vol. 19, page 639, Number 6, June, 1940.

* Tbesodate, 7½ grains, has been used extensively as a diuretic. The suggested dose is eight tablets daily for two days followed by four tablets daily.

Literature on request.

BREWER & COMPANY, INC. **Worcester, Mass., U.S.A.**

Pharmaceutical Chemists Since 1852

HERISAN

(MARCA REGISTRADA)

GRAN CONCENTRACION VITAMINICA "A" Y "D"

Está elaborada con Aceite de Halibut y otros importantes elementos

FORMULA:		
	50,000 U. I. de Vitamina A 6,250 U. I. de Vitamina D por gramo	10 gramos
	Acido Bórico	2 gramos
	Oxido de Zinc	15 gramos
	Talco	15 gramos
	Vehículo	58 gramos

1 gramo de HERISAN contiene:— 625 U. I. de Vitamina D
5000 U. I. de Vitamina A

INDICACIONES

Para aplicación local en: HERIDAS, ULCERAS, ULCERAS VARICOSAS, QUEMADURAS, ESCARAS, SABAÑONES, ECZEMAS, etc.

Preparado por

ANDROMACHUS CORPORATION

22 East 49th Street. New York 1s-17, N. Y.

Distribuidor: **E. VELEZ POSADA**, Plaza de Colón, San Juan.

LA CALIDAD, LA PUREZA
LA HONESTIDAD Y LA ETICA

son valores intangibles en nuestros productos y son el fundamento y la base de nuestro éxito como preparadores de ESPECIALIDADES FARMACEUTICAS ETICAS en Puerto Rico.

AFLEG LABORATORIES

Fabricantes de Especialidades Farmacéuticas Eticas para la Profesión Médica de Puerto Rico.

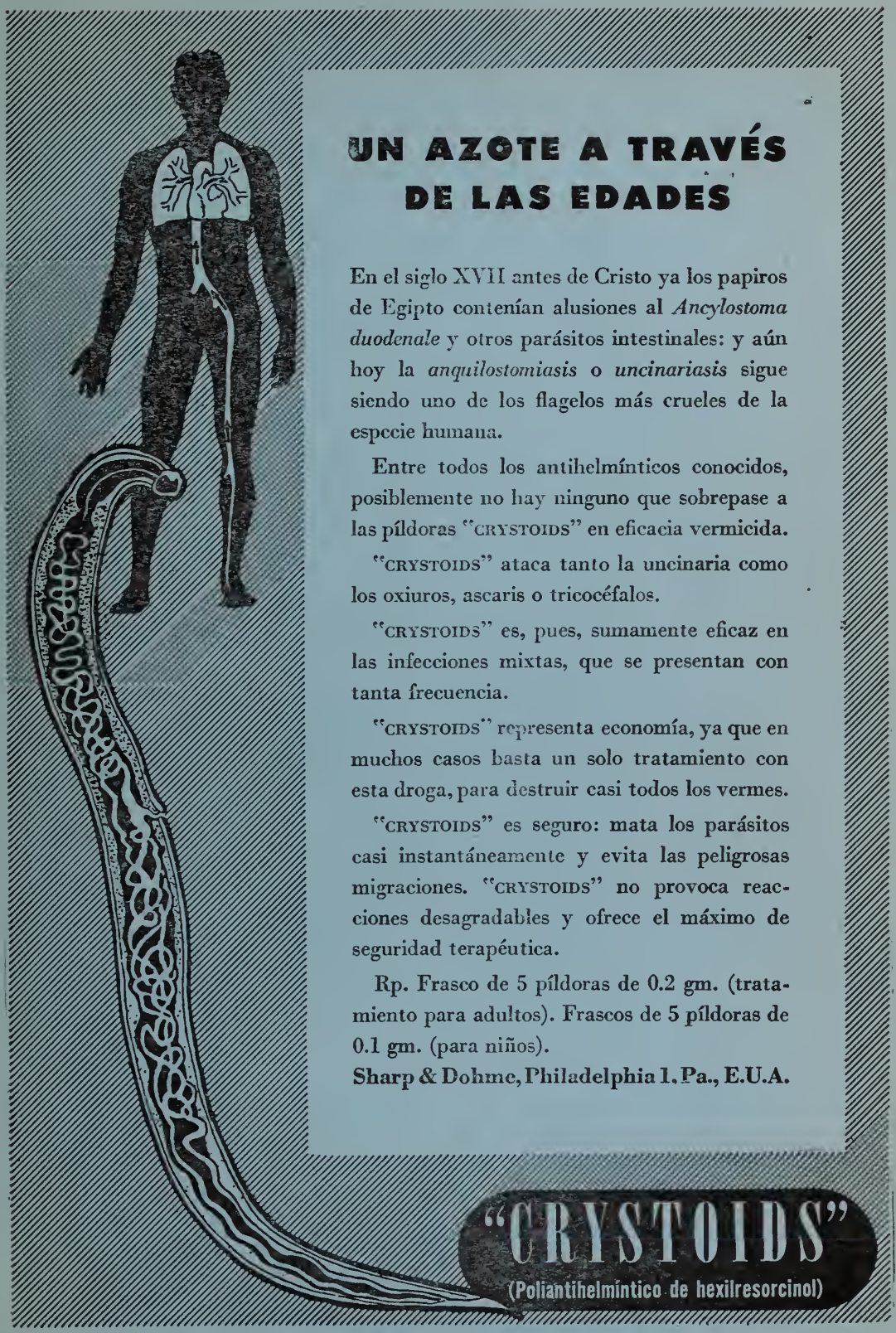
San Juan de Puerto Rico

NUESTRAS ESPECIALIDADES

Elíxir Neo-IRON—Antianémico al Sulfato de Hierro Ferroso.
Elíxir y Cápsulas Neo-IRON COMPLEX—Antianémicos al Sulfato de Hierro Ferroso, Complejo de Vit. B y Extracto de Hígado.
Jarabe Neo-IRON—Antianémico al Sulfato de Hierro Ferroso en medio no alcohólico.
Jarabe Yod-IRON—Yodo y Hierro Ferroso.
Heparentol—Extracto de Hígado Inyectable, simple o con Vitamina B^1.
Betarol—Vitamina B^1, en Jarabe, Elíxir o Soluciones Inyectables.
Befleg—Complejo de Vitamina B, en Jarabe, Elíxir o Solución Inyectable.
Ferheptol—Hierro, Hígado y Vitamina B^1 inyectables.
Killapsin—Contra la aquilia gástrica.
Digesol—Elíxir digestivo.
Bromorange—Sedante del sistema nervioso.
Bromotal—Bromorange-Fenobarbital y HCl de Tiamina.
Ferbetal—Cápsulas antianémicas.
Calsuvin—Anticatarral.
Nasofedrina—Efedrina inhalante.

— — —

Muestras e informes a solicitud



UN AZOTE A TRAVÉS DE LAS EDADES

En el siglo XVII antes de Cristo ya los papiros de Egipto contenían alusiones al *Ancylostoma duodenale* y otros parásitos intestinales: y aún hoy la *anquilostomiasis* o *uncinariasis* sigue siendo uno de los flagelos más crueles de la especie humana.

Entre todos los antihelmínticos conocidos, posiblemente no hay ninguno que sobrepase a las píldoras "CRYSTOIDS" en eficacia vermicida.

"CRYSTOIDS" ataca tanto la uncinaria como los oxiuros, ascaris o tricocéfalos.

"CRYSTOIDS" es, pues, sumamente eficaz en las infecciones mixtas, que se presentan con tanta frecuencia.

"CRYSTOIDS" representa economía, ya que en muchos casos basta un solo tratamiento con esta droga, para destruir casi todos los vermes.

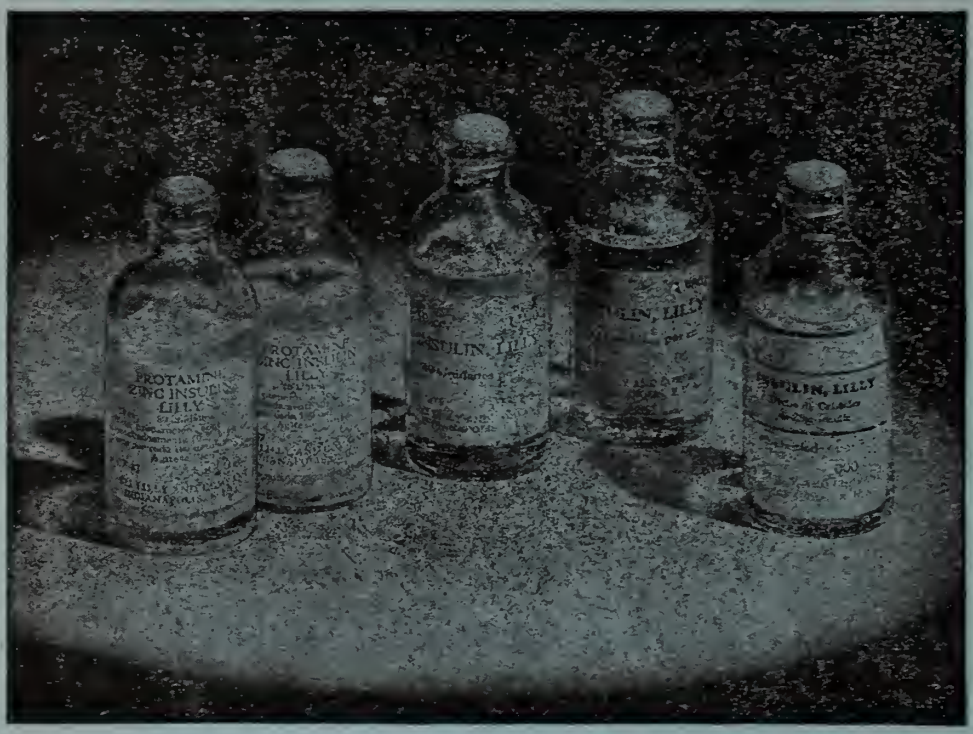
"CRYSTOIDS" es seguro: mata los parásitos casi instantáneamente y evita las peligrosas migraciones. "CRYSTOIDS" no provoca reacciones desagradables y ofrece el máximo de seguridad terapéutica.

Rp. Frasco de 5 píldoras de 0.2 gm. (tratamiento para adultos). Frascos de 5 píldoras de 0.1 gm. (para niños).

Sharp & Dohme, Philadelphia 1, Pa., E.U.A.

"CRYSTOIDS"

(Poliantihelmíntico de hexilresorcinol)



UNA SUBSTANCIA ESENCIAL

El Insulin es una substancia verdaderamente esencial para los diabéticos. Sin el Insulin, el alimento más nutritivo puede ser de poco valor para los enfermos de diabetes. Regulándole cuidadosamente la dieta y el ejercicio, a la vez que administrándole dosis apropiadas de Insulin, el diabético puede alcanzar una vida larga y fructuosa.

La respuesta al Insulin varía según el paciente, razón por la cual se suministran Insulin, Lilly; Insulin, Lilly, hecho de cristales de zinc-Insulin; y Protamine Zinc Insulin, *Lilly*, en varias concentraciones y en envases de distintos tamaños, de conformidad con las especificaciones del médico. El efecto prolongado del Protamine Zinc Insulin es una de sus características más valiosas, ya que protege contra la acidosis y el desperdicio de nitrógeno.

Para Efecto Rápido—

Insulin, Lilly

Insulin, Lilly, hecho de cristales de zinc-Insulin

Para Efecto Prolongado—

Protamine Zinc Insulin, *Lilly*

Efectos intermedios pueden obtenerse con combinaciones adecuadas.

PARA LAS RECETAS MEDICAS

ELI LILLY PAN-AMERICAN CORPORATION

Indianapolis 6, Indiana, E. U. A.


JUN
1 3